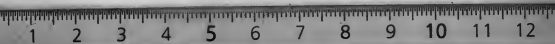


ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES



REVUE

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

REVUE DE LA PRESSE

ARCHIVES

DE

LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE

ET DES

MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

PUBLIÉES PAR LES DOCTEURS

Albert RUAULT

Chef du service de la Clinique laryngologique
de l'Institution nationale des Sourds-Muets.

H. LUC

Ancien interne des hôpitaux.

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE

DE

MM. LES PROFESSEURS

Ch. BOUCHARD — A. VERNEUIL

V. CORNIL — U. TRÉLAT

ET DE MM. LES DOCTEURS

BALLET, BAZY, A. BROCA, BRAULT, BRISSAUD, BRUN, A. CARTAZ,
CHANTEMESSE, CHARRIN, COMBY, DÉJERINE, FAISANS, GAUCHER, HANOT,
JALAGUIER, JOFFROY, JUHEL-RENOY, LANDOUZY, LE GENDRE, LETULLE,
LEGROUX, G. MARCHANT, A.-B. MARFAN, CH. MONOD, PEYROT,
PICQUÉ, RECLUS, REYNIER, ROUTIER, P. SEGOND, TAPRET, F. VERCHÈRE.

91610

~~~~~  
TOME III — 1890  
~~~~~



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

NOV 1917

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

OF THE

UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

NOV 1917

LIBRARY

UNIVERSITY OF CHICAGO

TABLE ANALYTIQUE

Abducteurs (Tonus des), 362.
Adénoïdes (Végétations), 87, 106, 121, 191, 294, 361, 362, 366.
Amygdale, carcinome, 111. — hypertrophie traitée par galvano-cautère, 90. — lésions sans hypertrophies, 92. — surnuméraire, 83. — tumeur fibreuse, 88.
Angine phlegmoneuse, son siège, 293.
Angiomes des fosses nasales, 341.
Antre d'Highmore, empyème, 35. — empyème et curetage, 284. — fracture, emphysème, 34.
Aphémie, 361.
Aphonie hystérique, 246.
Aprosexie, 41.
Ary-aryténoïdien, sa paralysie, 160.
Ataxie (Paralysies laryngées dans l'), 241.
Bouche (Épithélioma), 55. — tuberculose, 94.
Cardiaques (Névroses) — dans les affections nasales, 41.
Centre cortical du larynx, 50, 114, 163, 213.
Cloison nasale, angiomes, 341. — déviations et éperons, 358. — tumeur fibreuse, 88. — ulcère perforant, 237.
Coqueluche (Traitement par antipyrine), 46.
Cordes vocales, diagramme de leurs lésions fonctionnelles, 119. — nodules, 80. — polypes (histologie), 47. — position dans la respiration tranquille, 362. — ulcération dans la grippe, 113.
Corps étrangers des voies aériennes, 42, 45, 161. — imaginaires de la gorge, 286. (Voyez aussi *Fosses nasales*).
Corps thyroïde, épithéliome, 164. — sarcome, 85. — transplantation, 164.
Coryza pseudo-membraneux, 156.

Crochet palatin, 101. — à traction élastique, 246.
Déviations vertébrales (dans les obstructions nasales), 106, 245.
Diphthérie, bacille, 288. — traitement, 95.
Disphonie nerveuse, chronique, 1. — spasmodique, 88.
Emphysème (par catéthérisme de la trompe), 118.
Épistaxis (Révulsion hépatique contre l'), 107.
Érythème (de la face, d'origine nasale), 83.
Fausset (Voix de —), 49.
Fosses nasales, angiomes, 341. — atlas de coupes, 306. — corps étrangers, 286. — cylindres médicamenteux, 360. — dilatation des sténoses. — épithélio-sarcome, 150. — kystes, 159. — lupus, 30, 31. — obstruction, 106, 158, 245. — polypes, 361. — tuberculose, 110. — tumeurs malignes, 112, 150.
Glande sous-maxillaire (lithiase), 54.
Glossite hémorrhagique, 41.
Gommes syphilitiques du pharynx, 118.
Goutte dans la gorge, 48.
Grippe (voyez *Influenza*).
Hystérique. Aphonie, 246. — Mutisme, 248.
Influenza. Abcès du larynx, 119. — laryngite hémorrhagique, 119. — ulcération des cordes vocales, 113.
Insufflateur, 99.
Intubation laryngée dans les sténoses syphilitiques, 314.
Kératoïde (Tumeur — des narines), 285.
Kyste du cornet moyen, 159.
Lactique (Acide — dans les affections nasales), 107.
Langue, hémorrhagie, 41. — syphilis, 165.

- Laryngite* chronique (traitement), 94. — hypertrophique, sous-glottique, 259.
- Laryngotomie*, 43, 98. — inter-crico-thyroïdienne, 52.
- Larynx*, abcès, 119. — cancer, 169, 296, 300, 301. — extirpation, 301. — extirpation partielle, 364. — extirpation sans trachéotomie, 105. — fracture, 48. — hémorrhagie, 97, 119. — œdème, 159. — œdème septique, 84. — kyste, 117. — péri-chondrite cancéreuse, 300. — polypes, 47. — rétrécissement, 47, 287, 303, 314. (Voir aussi, *Paralysies laryngées*.)
- Lithémie* (dans les voies respiratoires supérieures), 96.
- Lordose* (des vertèbres cervicales), 352.
- Lupus* de la gorge et du nez, 30. — primitif de la muqueuse nasale, 31.
- Maladies* du larynx, 177. — des oreilles et fosses nasales, 55. — du pharynx, des fosses nasales et du larynx, 104, 306.
- Massage* de la muqueuse nasale, 272.
- Metastases* dans les affections nasales, 38.
- Muqueuse nasale*, lupus primitif, 31. — nerfs vaso-dilatateurs, 103. — mutisme hystérique, 248.
- Naphtol* dans le traitement des ulcérations tuberculeuses, 34.
- Neurasthénie* dans les affections chroniques des voies respiratoires supérieures, 85.
- Oculaires* (Affections — dans les affections nasales), 37.
- Œsophage* (Cancer), 304.
- Œsophagiennne* (Bougie), 99.
- Œsophagotomie* externe, 116.
- Olfaction* (Appareil nerveux central de l'), 107.
- Oreillons* (Œdème laryngé), 159.
- Ozène*, 109. — nature, 59. — nature et traitement, 36.
- Paralysies laryngées*, 160, 241, 243, 357.
- Pharyngée* (Douche), 101.
- Pharyngite* chronique, 38.
- Pharynx*, gommes syphilitiques, 118.
- Lupus*, 30. — ténisme, 360.
- Pharynx nasal*, anatomie, 295. — pathologie, 86.
- Pinceau nasal*, 182.
- Récurrent* (Compression du), 354.
- Respiration* dans le chant et la parole, 162.
- Rhinoscopie postérieure* avec tête pendante, 40.
- Scarlatineuse* (Angine), 115.
- Scie nasale*, 99.
- Sinus* des fosses nasales, sondage, 234.
- Sinus maxillaire*. (V. *Antre d'Highmore*.)
- Sinus sphénoïdal*, chirurgie, 102. — empyème, 137.
- Spasme* de la glotte, 160.
- Sous-glottique* laryngite hypertrophique, 259. — tumeurs de la région, 54.
- Syphilis* du larynx, 243, 245. — combinée à la tuberculose, 16. — linguale, 165. — des voies aériennes supérieures, 89, 249.
- Ténisme pharyngien*, 360.
- Trachée* (Injections médicamenteuses dans la), 304. — spasme hystérique, 230. — sténoses, 53, 249.
- Trachéotomie*, hémorrhagies consécutives, 113. — entrée de l'air dans la..., 112.
- Trichloroactique* (Acide), 117.
- Tuberculeuses* (Ulcérations), — développement, 51. — traitement par le naphtol, 34.
- Tuberculose laryngée*, 93. — combinée à syphilis, 16. — étiologie, 302. — formes larvées, 330. — traitement, 356. — traitement chirurgical, 201.
- Verrues* (du nez), traitement, 40.
- Verruqueuses* (tumeurs — de la narine), 88.
- Voile du palais*. Papillome, 88. — poulx, 111.

TABLE DES AUTEURS

(Les chiffres gras indiquent les travaux originaux.)

Astier.....	107	Fowler (Georges).....	43
Bardenheuer.....	301	Fraenkel (B.).....169,	303
Bean.....	94	Fraenkel (E.).....	302
Berger.....54,	102	Franck (François).....	103
Berliner (Max).....	36	Ganghofner.....	113
Bischof.....	304	Garel.....	114
Blois (Amory de)....	89	Glasgow.....	84
Botey (Ricardo).....	304	Gouguenheim.....	47
Bourges.....	115	Grossmann.....	50
Boutard.....	110	Guy.....	41
Braun (Michael).....	272	Haffner.....	107
Brissaud.....	1	Hajek.....	237
Bronner.....37,	361	Hansberg.....	234
Browne (Lennox).....	360	Hill.....	360
Bunger.....	285	Hinkel (Whitehill).....	96
Butlin.....	296	Heymann.....	352
Calmettes.....294,	366	Hopman.....	246
Cartaz.....	121	Horsley.....163,	213
Casadesus (Roquer).....	245	Ingals (Fletcher).....	88
Cassaet.....	112	Jacob.....	361
Chaput.....	230	Johnston.....	101
Charazac.....	248	Jonquière.....	246
Chiari.....	293	Kanthack.....	47
Cohen (Solis).....85,	94	Knight (Ch.-H.).....	90
Collier (Mayo).....	162	Knight (Frederick).....	88
Daly.....	85	Korkunow.....	51
Delavan (Bryson).....	87	Kurt.....	160
Deschamps.....	286	Landgraf.....	53
Desprès.....	34	Langmaid.....	84
Deumier.....	109	Lannelongue.....	164
Dor.....	114	Ledderhose.....	117
Dorn.....	40	Lefferts.....88,	314
Downie (Walker).....	361	Lenoir.....	113
Dreyfuss (Robert).....	241	Lincoln.....	98
Dubief.....	191	Lubet-Barbon.....	294
Dubousquet-Dubordère.....	46	Luc.....16, 80, 191, 201,	341
Duplay.....	55	Mackensie (John).....	86
Durante.....	150	Mackensie (Morell).....	48
Ehrmann.....	117	Major.....	83
Eyssautier.....	284	Marano.....59,	119
Fernet.....	34	Massei.....45, 104, 119,	306
Ficano.....	161	Merklen.....	111
Fournier (Alfred).....	165	Middlemass.....	30

Morgan.....	83, 101	Schmit (de Versailles).....	111
Moure.....	42, 177	Schœffer.....	119
Mulhall.....	49, 95	Schrœtter.....	249, 287
Mygind (Holger).....	41	Semon.....	163, 213, 362
Perier.....	105, 116	Sokolowski.....	48, 259, 330
Pilatte.....	159	Spicer (Scanes).....	158, 360
Plicque.....	112	Stein.....	41
Pœlchen.....	295	Stœrk.....	365
Porter.....	97	Symonds.....	356
Proust.....	160	Thorner (Max).....	286, 301
Raulin.....	31, 156	Tissier.....	160, 243
Redard.....	106	Trélat.....	58
Rendu.....	300	Trevelyan.....	357
Rice.....	93	Trifiletti.....	85
Richelot.....	52	Trolard.....	107
Richet.....	55	Verdos.....	118
Roe.....	92, 99	Woakes.....	358
Roux.....	288	Wolfenden.....	164
Royer.....	118	Wolff (Ludwig).....	88
Ruault.....	137, 182	Wurtz (A.).....	115
Scheinmann.....	54	Yersin.....	288
Schmiegelow.....	159	Ziem.....	38, 40, 245

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA DYSPHONIE NERVEUSE CHRONIQUE

Par **E. Brissaud**, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.

En dehors des troubles de la phonation observés chez les sujets atteints de lésions des centres nerveux ou des nerfs laryngés, on a décrit, depuis quelques années, certains symptômes, plus ou moins bien définis, qu'on pourrait attribuer à des névroses vocales. Les faits auxquels nous faisons allusion ne sont pas encore méthodiquement groupés, et personne à notre connaissance, n'en a fait une étude d'ensemble. Ils sont du reste trop peu nombreux et, en même temps, trop disparates pour se prêter à une synthèse nosographique. Jusqu'à présent les spécialistes se sont bornés à signaler les cas les plus intéressants, à en préciser les caractères cliniques. La période de l'analyse n'est pas close. C'est à l'étude de quelques-uns de ces faits que sera consacré le présent travail.

Nous avons eu l'occasion de constater chez un assez grand nombre de sujets affectés de névropathies diverses, mais en particulier de la maladie des tics, un trouble de la phonation, qui nous semble rentrer dans le cadre encore indécis de ces névroses du larynx; il s'est toujours présenté à nous avec

les mêmes caractères essentiels, nettement tranchés, et nous pensons (sauf erreur par défaut de renseignements) que les auteurs ne lui ont pas attribué l'importance qu'il mérite.

I

Aussi bien dans l'état pathologique que dans l'état physiologique, le larynx est un organe dont les fonctions se dédoublent : il est respirateur et il est phonateur. On connaît les troubles de la phonation qui relèvent directement de l'hystérie et dont la manifestation superlative est l'aphonie. Les hystériques aphones, sauf de très rares exceptions, ne sont point sujets à des accidents respiratoires de la même provenance que leur aphonie. Non seulement chez les hystériques, mais chez les neurasthéniques ou chez les simples névropathes, on a parfois mentionné des altérations passagères du timbre de la voix, en général concomitantes des autres phénomènes nerveux, s'exagérant et s'atténuant avec eux.

Nous voulons parler d'un caractère anormal de la voix, qui n'est pas à vrai dire une maladie, mais qui, presque toujours est intimement lié aux névroses, et qui, même en dehors d'un état morbide reconnu, relève directement d'une prédisposition névropathique le plus souvent héréditaire.

On rencontre des gens qui ont toute leur vie la voix rauque et voilée. C'est leur voix naturelle. Ni pour leur médecin, ni pour eux-mêmes, cette « vilaine voix » ne tient à une affection chronique du larynx. Il en est dans le nombre quelques-uns, rares il est vrai, qui tentent l'expérience d'une saison à Cauterets ou ailleurs, simplement pour s'assurer de l'inefficacité des eaux et n'avoir rien à se reprocher. Mais on s'habitue facilement à un si petit désavantage ; on en prend son parti comme de beaucoup de choses plus fâcheuses. Les spécialistes, qui examinent de temps à autre les larynx de ces sujets, renoncent en général à toute intervention. Il s'agit en effet d'une dysphonie indépendante d'une lésion quelconque de la

glotte vocale ; elle a pour origine une insuffisance en quelque sorte constitutionnelle et innée des muscles aryténoïdiens et thyro-aryténoïdiens. C'est la conséquence irrémédiable d'un vice d'accommodation.

On a prétendu, et peut-être non sans raison, que la plupart des vices de conformation congénitaux résultent d'une influence nerveuse intervenue pendant la vie intra-utérine. Cette hypothèse ne nous arrêtera pas ; mais il ne nous semble pas sans intérêt de constater que la même raucité vocale permanente s'observe avec une fréquence remarquable chez les névropathes depuis leur tendre enfance jusqu'à l'âge adulte et même au delà.

Ce stigmate de nervosisme n'est pas toujours identiquement le même chez tous les sujets, au moins dans ses manifestations grossières. Chez l'un, c'est l'enrouement qui domine, chez l'autre, c'est le voile ; chez un autre encore on remarque le caractère eunuchoïde de la voix ; tel autre enfin aura une voix de fausset enrouée. Il est également impossible de dire que telle ou telle de ces altérations vocales appartient plutôt à la neurasthénie qu'au nervosisme simple ou à la maladie des tics. Ce qui est constant c'est la permanence du trouble phonateur, en tant qu'il s'agit de la voix *parlée*. D'ailleurs, l'observation suivante montrera bien de quoi il s'agit.

OBS. I. — Le Père X..., des frères prêcheurs, âgé de 35 ans, bien portant en général, sobre, laborieux, vient nous consulter au mois de novembre dernier pour des accidents nerveux sur la nature desquels il est impossible de se méprendre. C'est un neurasthénique accompli (douleurs dorsales et cervicales, craquements de la nuque, céphalée, palpitations, pollutions nocturnes, etc.). Nous avons peine à suivre le récit de ses misères tant sa voix est faible et couverte. Par moments elle est même éraillée et presque éteinte. La tonalité en est très élevée : c'est presque une voix de fausset pénible à entendre. Comme nous l'interrogeons sur ce trouble de la phonation qui nous frappe plus que tout le reste, il nous ramène à son sujet, en nous disant à peu près dans ces termes : « Cela n'est rien, c'est ma voix naturelle ; je ne suis pas enrhumé, je ne tousse jamais, je n'attache aucune importance à ma voix : parlons de mes dou-

leurs de reins ». Nous lui faisons remarquer qu'il doit lui être difficile de parler en chaire, et que, pour un frère prêcheur, il est bien disgracié. A quoi il nous répond « que sa voix est toute différente quand il prononce un sermon, qu'elle est très suffisamment claire et qu'elle *porte bien* ». D'ailleurs il vient de prêcher un carême et n'a ressenti d'autre fatigue du larynx que celle qu'on éprouve toujours en pareil cas.

Le mois dernier, le père X... est revenu nous consulter, toujours atteint de symptômes neurasthéniques. Il avait la même voix enrouée, voilée, aiguë.

L'observation suivante est une reproduction assez exacte de la première dans ses traits essentiels.

OBS. II. — M^{lle} D..., âgée de 22 ans, a toutes les apparences de la plus belle santé. Sa mère est très bien portante. Son père est très nerveux et est atteint d'insuffisance aortique. Son grand-père paternel est hypocondriaque et a des « manies » sur la nature desquelles nous ne sommes pas renseigné. Elle a un frère et une sœur plus jeunes qu'elle. Le frère est un fantasque taciturne, et cependant si brusque dans ses gestes, et si constamment agité, qu'on le croirait parfois atteint de danse de St-Guy.

M^{lle} D... souffre depuis deux ans environ, d'une forte angine de poitrine, exclusivement nerveuse, caractérisée par une oppression cardiaque avec irradiation douloureuse dans l'épaule et le bras gauches, par des palpitations, par la crainte de la mort imminente et aussi par une sensation de boule remontant de l'épigastre à la gorge. Les crises sont diurnes ou nocturnes, selon les circonstances. Elles surviennent presque toujours à l'occasion d'une contrariété. Parfois dans ses crises nocturnes, M^{lle} D... a des pertes de connaissance partielles : elle ne sait plus où elle est ; il lui semble qu'elle flotte dans l'air, elle se rend compte qu'elle dit des paroles incohérentes, ou bien elle se met à pleurer, sans savoir pourquoi ; auquel cas la crise s'apaise rapidement. Très intelligente, spirituelle, mais capricieuse, méchante même, elle est insupportable à tous ; elle s'est brouillée avec ses meilleures amies et a trouvé moyen de les brouiller entre elles. A l'âge de 17 ans, elle a commencé la rédaction de ses mémoires et elle les tient à jour. Ils sont écrits, nous a-t-on dit, dans un style ridiculement emphatique, mais d'une remarquable facilité. M^{lle} D... a depuis l'âge de 12 ans, la voix « avinée ». Elle venait d'avoir une fièvre typhoïde, sans complications laryngées. Ce n'est que progressivement, pendant la convalescence, que l'enrouement se manifesta. D'abord, peu

prononcé, il alla s'exagérant de jour en jour, rebelle à tout traitement. La malade ne souffre pas de la gorge, elle ne tousse jamais. Quoiqu'elle soit sujette aux angines herpétiques et même aux amygdalites phlegmoneuses, personne dans son entourage n'a jamais remarqué la moindre corrélation entre ces petites maladies accidentelles et les recrudescences de la raucité de la voix. Celles-ci surviennent en effet sans cause connue, ou plutôt à l'occasion du plus petit travail intellectuel. Quand elle a lu seulement pendant une heure, non pas à haute voix, mais tout bas et simplement des yeux, M^{lle} D... a la voix plus enrouée, plus faible, et d'une tonalité plus élevée.

Les parents se demandent « où elle va chercher une voix pareille ». L'enrouement disparaît en grande partie quand M^{lle} D... chante, mais il est assez difficile d'en juger, car elle chante rarement; et elle ne chante pas « parce que cela ne lui plaît pas ».

Voici maintenant une observation dans laquelle nous voyons apparaître un phénomène nouveau et que nous retrouverons dans presque toutes les autres : un tic.

OBS. III. — M^{me} M..., âgée de 34 ans, a commencé à éprouver depuis quelques années des troubles nerveux qu'elle attribue à la ménopause. Elle se plaint de pesanteurs gastriques, de palpitations, de douleurs erratiques; elle a remarqué que son cou se gonfle de temps en temps, ce qui l'oblige à dégrafer le col de son corsage. Elle a de la pollakiurie intermittente (sans glycosurie). Son caractère s'est modifié du tout au tout : elle était gaie, confiante; elle est devenue triste, méfiante, toujours inquiète, se préoccupant tantôt de « sa maladie de cœur », tantôt de « sa maladie d'estomac ». Depuis de longues années (elle ne peut préciser la date), elle est affligée d'un tic de la bouche, accompagné d'une aspiration par la commissure des lèvres du côté droit. Chaque fois que ce tic se produit, elle porte brusquement la main droite à son visage, par un mouvement spasmodique qu'elle ne peut empêcher.

Les renseignements qu'elle donne sur ses parents sont peu circonstanciés; son père et sa mère sont morts jeunes. Elle a 3 enfants : deux fils et une fille. L'un des fils, âgé de 17 ans, démesurément grand pour son âge, a un « caractère impossible »; c'est un collégien insubordonné, paresseux, toujours puni, dont elle ne sait que faire, renvoyé tous les ans d'un lycée pour entrer dans un autre. Elle se voit dans la nécessité de le reprendre avec elle. M^{me} M... ne tousse pas et n'est pas sujette à s'enrhu-

mer. Cependant elle a la voix toujours voilée, fausse, bitonale, enrôlée et dans un registre très élevé, *quand elle parle*, malgré cela, elle chante suffisamment bien, dit-elle; elle a une voix de contralto très pure, juste et bien posée. Aussitôt qu'elle a fini de chanter, elle retrouve sa voix enrôlée, aiguë et fausse. Elle est la première à nous signaler ce dédoublement de sa personnalité vocale; mais elle ne s'en préoccupe pas, car c'est, dit-elle « une voix de famille ». Il lui arrive quelquefois d'être obligée de parler en chuchotant; non pas parce qu'elle souffre de la gorge ni même parce que la conversation la fatigue, mais « parce que sa voix ne marche plus ». Elle ne sait pas pourquoi. Cela survient à l'improviste. Elle a seulement remarqué que cette impuissance vocale coïncidait souvent avec une recrudescence de ses malaises nerveux, de ses palpitations, de ses bouffées de chaleur et de son tic. M^{me} M... ajoute que si elle était d'humeur à chanter dans de pareils moments, elle le pourrait encore, bien que sa voix se fatigue plus vite depuis quelque temps. Il y a trois ans environ, l'enrouement était devenu si persistant, que notre malade avait demandé conseil à un spécialiste. Celui-ci diagnostiqua une *parésie légère des cordes vocales*. Plus récemment, notre distingué confrère et ami M. le Dr Cartaz voulut bien examiner M^{me} M..., et nous adresser la petite note suivante: « Parésie de la corde gauche; défaut d'adduction complète des cordes. Parésie liée *vraisemblablement* au nervosisme ».

Dans l'observation IV, nous retrouvons encore les mêmes troubles laryngés chez une femme de trente-six ans, atteinte d'une de ces névroses du grand sympathique qui ont été bien décrites par Eulenburg.

OBS. IV. — Mademoiselle H..., âgée de trente-six ans, souffre depuis une quinzaine d'années d'un refroidissement douloureux, sorte d'onglée permanente des pieds et des mains, et en même temps, d'une chaleur accompagnée de rougeur de la moitié droite de la face et de l'oreille droite. A part cela, sa santé serait excellente.

Mais les sensations qu'elle accuse et pour lesquelles elle vient nous consulter lui rendent la vie intolérable. Il ne s'agit pas en effet de simples phénomènes subjectifs: le froid des extrémités et la chaleur du visage sont réels. D'autre part, s'ils sont permanents, ils présentent cependant à de certains moments de la journée des recrudescences fort pénibles.

C'est en général vers deux heures de l'après-midi et vers minuit que ces paroxysmes ont lieu. La malade les attribue (peut-être non sans

raison) à un trouble de la digestion : l'estomac est très dilaté. La crise nocturne surtout est douloureuse; elle est la cause de l'insomnie rebelle. Il n'existe pas de décoloration cyanique des extrémités; M^{lle} H... n'a jamais éprouvé non plus la sensation du doigt mort ni les engourdissements qui se manifestent dans la maladie de Raynaud. Tout se borne à une algidité périphérique qui donne au contact la sensation du froid cadavérique.

Pendant les crises nocturnes les membres inférieurs sont parfois envahis par une raideur qui résulte, selon la malade, d'un « arrêt de la circulation ».

Elle dit qu'elle sent venir cette rigidité comme si elle avait les jambes enfoncées dans la neige jusqu'aux genoux. Au moment où la sensation de froid s'exagère du côté des extrémités, la chaleur monte au visage principalement du côté droit et plus particulièrement encore au niveau du lobule de l'oreille où les battements artériels deviennent perceptibles. L'oreille est même turgescente et prend une coloration rouge et un aspect luisant analogues à ce qu'on observe au début d'un érysipèle. Nous avons assisté à une crise de ce genre et nous nous sommes ainsi rendu compte de la parfaite exactitude des phénomènes décrits par la malade.

M^{lle} H... souffre également d'une ovaralgie droite constante, sujette à s'exagérer au moment des règles. Elle prétend aussi que son cou se gonfle de temps en temps, à tel point qu'elle est obligée de dégrafer son col. Nous avons examiné avec soin le corps thyroïde, mais sans constater d'hypertrophie.

Là ne se bornent point les manifestations nerveuses dont se plaint M^{lle} H... Elle a des palpitations cardiaques, liées à une tachycardie telle qu'on n'en observe guère de semblable que dans la maladie de Basedow. La pointe du cœur est excessivement douloureuse. Les bruits cardiaques sont normaux. Beaucoup d'autres symptômes nerveux seraient encore à mentionner, mais nous les passerons sous silence en nous bornant à ajouter qu'il n'existe pas chez M^{lle} H... de véritables stigmates d'hystérie.

La voix de notre malade est toujours enrôlée, bitonale et voilée; elle est relativement aiguë, elle « claque » et présente par moments les caractères de la voix eunuchoté. Bien qu'il s'agisse d'une femme, on ne peut qualifier autrement le timbre tout à fait spécial dont il s'agit. La malade ne tousse pas, ne souffre pas de la gorge et déclare que c'est là sa voix naturelle. Elle n'a jamais songé à demander conseil pour si peu de chose et se refuse actuellement à un examen du larynx. Cela lui paraît inutile

puisqu'elle ne souffre pas. Elle donne des leçons pendant plusieurs heures par jour et n'éprouve que très rarement de la fatigue vocale. Nous avons bien constaté quelques granulations adénoïdes sur la paroi du pharynx, mais trop petites et trop peu nombreuses pour expliquer le trouble de la phonation.

M^{lle} H... n'a pu nous donner de renseignements pathologiques sur sa famille, si ce n'est qu'elle a un oncle paternel depuis longtemps ataxique et actuellement enfermé dans une maison de santé.

Voici maintenant une observation relative à un sujet plus jeune.

OBS. V. — M^{lle} D..., 15 ans, grande, bien développée, réglée depuis l'âge de 12 ans, très intelligente, vive, active, a eu la scarlatine à six ans, sans qu'il en soit résulté de complications immédiates. Mais deux ans plus tard elle eut la danse de Saint-Guy, sous une forme légère et de courte durée. Vers l'époque où s'installèrent les règles, elle commença à avoir des tics du visage, puis du cou, puis des épaules. Depuis lors ces tics n'ont pas cessé. Ils consistent en grimaces, produites par la contraction des muscles des lèvres et du menton, des peauciers du cou et des élévateurs des épaules. Ils n'ont rien de régulier, en dehors de leur localisation. Tantôt plus fréquents, tantôt plus rares, ils surviennent dans les circonstances les plus diverses, sans cause apparente, par crises. Certains jours, ils sont incessants. Quelquefois ils disparaissent pendant plusieurs semaines, en général les émotions paraissent les exagérer.

Il n'existe chez cette jeune fille aucun symptôme d'hystérie. Le caractère est égal, à part quelques boutades ou accès de mauvaise humeur. Elle a, depuis son enfance, un zézaïement dont elle n'a jamais pu se défaire.

Les renseignements relatifs à la famille sont insuffisants; toutefois le père est notoirement nerveux. C'est un homme robuste et d'une bonne santé générale, mais toujours agité, préoccupé, scrupuleux. La mère a toujours été bien portante. Une cousine germaine est hystérique et fait tous les ans, une cure d'hydrothérapie à Divonne.

La malade a perdu un frère plus âgé qu'elle de quatre ans. Ce jeune homme est mort phthisique. Il n'avait jamais eu d'accidents nerveux; mais il était affligé d'un zézaïement encore plus prononcé que celui de sa sœur.

Lorsque nous fûmes consulté pour la première fois par les parents

de M^{lle} D... pour les tics de leur fille, la voix était tout à fait enrouée. La mort récente du frère, emporté par une tuberculose assez rapide, éveilla nos soupçons sur la nature suspecte de cet enrouement. Je demandai depuis quelle époque le malade avait la voix rauque. On me répondit que c'était sa voix naturelle, que depuis très longtemps la jeune fille était toujours enrouée; que dans son enfance elle avait une grosse voix, « presque une voix d'homme »; que peu à peu la voix avait perdu ce caractère pour devenir invariablement rauque et voilée.

Bien souvent, depuis cette première visite, nous avons eu l'occasion de revoir cette malade et toujours nous avons constaté que la voix conservait la même raucité et le même voile. « On croirait, nous dit un jour son père, qu'elle vient de crier pendant trois heures. »

Des renseignements plus détaillés nous ont appris que M^{lle} D... suit un cours de solfège, que sa voix lorsqu'elle chante est beaucoup meilleure que lorsqu'elle parle, qu'elle est presque semblable à celles de ses compagnes, mais peut-être plus sujette à la fatigue.

Cela déjà suffisait à établir notre diagnostic; mais pour être plus complètement rassuré sur l'absence de toute lésion laryngée chez cette jeune fille, sœur d'un tuberculeux, nous priâmes notre confrère, le D^r Ruault, de procéder à un examen laryngoscopique. Voici la réponse qui nous fut adressée à cette occasion par M. Ruault :

« L'examen rhinoscopique de M^{lle} D... démontre que le pharynx nasal est complètement libre et qu'aucune végétation de la troisième amygdale ne rétrécit l'ouverture des narines postérieures. Les orifices des trompes d'Eustache sont parfaitement normaux.

Antérieurement, on constate que la fosse nasale gauche est un peu rétrécie par une déviation et un épaississement cartilagineux de la cloison.

La perméabilité nasale est suffisante. Cependant il existe un peu d'étroitesse de la première partie du canal aérien en totalité (fosses nasales). La voûte palatine est en effet de forme ogivale et profonde, et les maxillaires supérieurs sont très rapprochés l'un de l'autre, au point d'avoir causé des malformations dentaires (rotation sur l'axe des incisives médianes supérieures, etc.).

Le pharynx buccal est parfaitement sain.

À l'examen laryngoscopique, on ne constate aucune lésion. La muqueuse est tout à fait normale, les cordes vocales sont blanches et nacrées. Le larynx en totalité est un peu petit.

Il n'y a pas de trouble fonctionnel marqué; cependant on constate

pendant les efforts de phonation, que les cordes vocales ne se tendent pas toujours également. Il existe un peu d'asynergie vocale.

Mais la jeune fille ne souffre pas de la gorge depuis plusieurs années, pas plus que du nez ; elle n'a ni rhumes ni angines. Les accidents se bornent à des troubles de la voix, et je pense qu'il s'agit de *troubles purement nerveux, liés à un état général névropathique*. Je conseille donc comme unique traitement de reprendre le traitement hydrothérapique général conseillé autrefois par M. le professeur Charoot ».

Nous ne voudrions pas multiplier les exemples. Les observations qui précèdent suffisent à démontrer ce dont il s'agit. Aussi, nous contenterons-nous de signaler, en les résumant, quelques faits pris au hasard.

OBS. VI. — Raymond S..., âgé de dix-sept ans, est fils d'une mère franchement hystérique. Son père est sujet à des emportements non motivés. Dès son enfance il a eu la voix enrouée et « comme étranglée ». Actuellement, elle a le caractère eunuchoïde et bitonal ; mais les parents supposent qu'elle est en mue. L'enrouement persiste. Jamais de toux, ni d'angine, sauf au moment des rhumes d'hiver. Tic du muscle frontal, agitation choréiforme des membres. Le jeune homme agite les doigts constamment lorsqu'il parle. Il a une tendance marquée au genu-valgum sans atrophie musculaire.

OBS. VII. — M. L..., âgé de quarante ans, grand neurasthénique, ayant eu plusieurs crises de mélancolie hypocondriaque avec idées de suicide, nous prie d'examiner son fils âgé de dix ans, sujet à des maux de tête et à des accès de fièvre très fréquents. M. L... a des craintes sérieuses sur la santé de cet enfant qui est son fils unique : il craint qu'il ne soit sous le coup d'une méningite, non seulement à cause de ses maux de tête, mais parce qu'il parle la nuit en dormant, parce que son caractère s'est modifié, que son intelligence est exceptionnelle (c'est un père qui parle) ; surtout parce que depuis plusieurs mois l'enfant a des tics du visage et du cou. Nous n'insisterons pas sur ces tics que nous avons constatés et qui sont en quelque sorte incessants.

Nous ajouterons enfin que l'enfant est gaucher.

M. L... nous demande encore s'il n'y aurait pas moyen de guérir son fils d'un enrrouement chronique qu'il a depuis sa première enfance. La voix de ce petit garçon est remarquable aussi par sa tonalité grave et vraiment désagréable à entendre chez un enfant de cet âge. Le père

affirme que ce double caractère s'accuse d'autant plus que son fils est plus nerveux et que ses tics sont plus intenses. Nous citons ses propres paroles : « Quand il a sa grosse voix enrouée, mes amis me disent : Ton fils a une voix de noceur.... Avouez que c'est très désobligeant ».

OBS. VIII. — Jean B..., âgé de dix ans, fils unique. Aucun antécédent maternel.

Antécédents paternels : toute la famille est névropathique. Le père lui-même a un tic des muscles orbiculaires. L'enfant a une « voix de rogomme ». Il a le tic de son père. La mère prétend que c'est un tic par imitation, mais que son fils n'est pas nerveux. Elle nous a cependant consulté plusieurs fois pour les accès de somnambulisme auxquels l'enfant est sujet. Il se lève la nuit et se promène tout endormi dans l'appartement. Il a de l'incontinence nocturne d'urine.

OBS. IX. — J. X..., 13 ans, fils d'un mélancolique scrupuleux, petit-fils d'un suicidé, a depuis sa première enfance la voix enrouée et suraiguë. Ses parents ont consulté « tous les spécialistes » qui ont déclaré qu'il n'avait rien à la gorge. L'un d'eux, en tous cas, lui a enlevé les amygdales. L'enfant n'est pas à proprement parler un choréique, mais c'est un gesticuleur incessant. Il a une légère scoliose et les pieds plats.

OBS. X. — Trois enfants d'une même famille, deux sœurs et un frère âgés de douze ans, dix ans et huit ans ont la même voix de tête et le même enrrouement. Une des filles a des tics, l'autre fille et le garçon ont de l'incontinence nocturne d'urine.

Du côté paternel comme du côté maternel, antécédents névropathiques déplorables ; mais ni chez le père, ni chez la mère, on ne constate la dysphonie des trois enfants.

II

Il n'y a pas dans les observations qui précèdent un seul exemple d'hystérie franche. Cela peut paraître étonnant au premier abord, étant donné que, parmi les états névropathiques, l'hystérie est à peu près le seul dans lequel on ait signalé des troubles purement vocaux, d'origine nerveuse. Mais le trouble vocal par excellence qu'on observe chez les hystériques, c'est l'*aphonie*. Or, l'*aphonie* ne figure dans aucune de nos observations. Il y a donc une différence fondamentale entre

l'aphonie hystérique et ce que nous venons de décrire, comme il y a une différence fondamentale entre l'hystérie et les névropathies multiples avec lesquelles on a longtemps voulu l'identifier.

Non seulement au point de vue étiologique, mais encore au point de vue nosographique, les troubles vocaux dont il est ici question, doivent être nettement séparés de l'aphonie hystérique.

Celle-ci est un incident passager, bien qu'elle soit quelquefois d'une durée assez longue. Chez nos malades le trouble de la phonation est permanent. Dans l'aphonie hystérique le mécanisme du larynx est profondément altéré, si altéré que le mot *aphonie* se trouve presque toujours suffisamment justifié. Nos névropathes, au contraire, n'ont point d'aphonie, mais de la *dysphonie*. Le trouble de la fonction laryngée consiste dans l'association de la raucité et de l'obscurité de la voix. Nous avons dit aussi que le plus souvent la tonalité s'élève au moins chez les adultes, de telle façon que la voix affecte le caractère eunuchoïde. Il est assez remarquable comme on a pu le voir que la voix prenne ce timbre vers la période de la mue, après avoir été grave pendant l'enfance.

Mandl et Koch ont probablement observé des faits analogues à ceux que nous venons d'énumérer sauf quelques légères différences, peut-être insignifiantes. Mais il nous semble intéressant de constater que la dysphonie nerveuse appartient à plusieurs variétés de névropathies familiales. Mandl a fait allusion sans doute à ces phénomènes, lorsqu'il a décrit l'*aphonie nerveuse*, très succinctement du reste, car il n'en précise par les caractères et n'insiste pas sur sa permanence ni sur l'intégrité relative de la voix chantée. Puis, nous venons de dire qu'il s'agit en pareil cas, non pas d'aphonie, mais de dysphonie. Koch a désigné sous le nom de *spasme phonique*, un trouble vocal assez voisin de la dysphonie nerveuse. Toutefois « le spasme phonique » serait moins permanent et se rapprocherait davantage de l'aphonie véritable.

La dysphonie nerveuse résulte-t-elle d'un spasme? Nous avouons n'en rien savoir, mais nous sommes peu porté à le supposer, attendu que les examens laryngoscopiques n'ont révélé chez nos malades qu'une fermeture incomplète de l'orifice glottique par insuffisance fonctionnelle des adducteurs. C'était bien aussi ce qu'avait constaté Mandl chez quelques sujets (névropathes ou non), affligés de voix eunuchoides.

Un des caractères les plus constants, nous dirions volontiers le plus constant, de la dysphonie nerveuse chronique est la raucité permanente. En dehors de causes accidentelles comme les laryngites aiguës ou chroniques, la raucité peut dépendre d'un défaut de tension des cordes vocales ou d'une seule corde vocale. Il en est de même, selon toute vraisemblance, de la bitonalité de la voix. C'est là précisément ce qu'ont observé chez les malades des observations III et V, nos confrères MM. Ruault et Cartaz. Ces malades ne toussaient pas, n'avaient pas de lésions laryngées; ils ne souffraient pas de la gorge. Dans ces conditions n'était-il pas légitime de considérer leur trouble de phonation comme lié à un vice de l'innervation des muscles intrinsèques du larynx?

III

En tant que trouble moteur, il est assez étrange de voir l'insuffisance fonctionnelle de la glotte vocale disparaître ou s'atténuer dans l'acte du chant, considéré comme acte *musculaire*. Il semble au premier abord que le chant exige une activité musculaire plus grande que la parole. Mais cela est inexact en réalité. Il ne faut sans doute pas plus d'efforts de la part des cordes vocales pour émettre un son élevé et d'une longue portée que pour émettre le son correspondant (par la tonalité) de la voix parlée. Dans le chant, les muscles de la respiration entrent en jeu en même temps que les muscles de la phonation. Aussi est-il indispensable aux chanteurs

d'apprendre à respirer, c'est-à-dire de substituer à l'action purement automatique des muscles respirateurs l'action voulue, raisonnée et calculée des mêmes muscles. A une largeur et à une forme données de la glotte, produites par une certaine action des muscles de cet orifice, correspond un son donné. L'intensité de la voix n'a que peu de rapports avec la contraction des muscles glottiques ; elle dépend de la vitesse et de la tension de la colonne aérienne, comme dans tous les instruments à vent. Donc, il n'est pas étonnant que, chez les dysphoniques nerveux, la voix, pendant l'acte du chant, soit meilleure que pendant le discours parlé.

S'il s'agissait d'un spasme, on observerait le contraire ; cela va de soi.

Ainsi, ce n'est pas la quantité mais la qualité de la voix qui est altérée dans la dysphonie nerveuse. La fonction respiratoire n'est nullement troublée. Tout se résume dans un phénomène exclusivement laryngien.

A l'inverse de ce qui se passe chez les névropathes aphonnes et en particulier chez les hystériques, le trouble vocal, avons-nous dit, est permanent. S'il est parfois sujet à des exagérations, affectant les caractères généraux de tous les paroxysmes nerveux, jamais ces paroxysmes ne sont pénibles. Ils laissent les malades à peu près indifférents. A peine ceux-ci s'en aperçoivent-ils ; et ceux-là seuls qui les écoutent remarquent leur « vilaine voix » « de rogomme », « avinée », « enrouée ». Mais comment expliquer le retour de la voix à l'état normal ou relativement normal pendant l'acte du chant, si la fonction mécanique de la respiration n'y est pour rien ?

Ici, il faut sans doute faire intervenir une influence psychique. Le retour à l'état normal dans l'acte du chant nous paraît tenir à ce fait que le chant n'est pas un acte automatique, comme la parole, mais un acte raisonné et en quelque sorte discipliné. Assurément il est difficile de pénétrer à fond le mécanisme des phénomènes psycho-laryngiens. Le larynx phonateur est un organe si délicat, la combinaison de ses intonations avec les pensées qu'il exprime est si étroite, il

suffit de si peu de chose pour en altérer le fonctionnement parfait, pour modifier le timbre ou la pureté de la voix, que le moindre défaut de synergie dans ses muscles nous fait entrevoir l'origine centrale de la dysphonie chez les névropathes et chez les déséquilibrés.

Il ne nous appartient pas de dire pourquoi, dans tel cas, c'est l'enrouement qui domine ; pourquoi, dans tel autre, c'est la bitonalité. Pourquoi le caractère eunuchoïde ? Pourquoi la voix, grave chez l'enfant, devient-elle voix de fausset après la mue, contrairement à la loi générale ? A défaut d'explication, nous pensons pouvoir légitimement rapprocher la dysphonie nerveuse de certaines névroses du mouvement, dans lesquelles la fonction automatique est pervertie, tandis que les contractions raisonnées s'exécutent à merveille. En d'autres termes, nous croyons qu'il existe une certaine analogie (nous ne dirons pas davantage), entre le bégaiement et la dysphonie des névropathes. Le bégaiement presque toujours permanent, est sujet à des paroxysmes. On l'observe dans la famille névropathique, comme la dysphonie. De plus, la plupart des bègues peuvent chanter correctement, sans que les auditeurs se doutent de leur infirmité. Le solfège et le chant figurent d'ailleurs parmi les meilleurs procédés de traitement du bégaiement. Il est rare, à la vérité, que les bègues puissent parler en public sans que leur voix trébuche, comme le malade de notre observation I. Cela tient à ce que l'intimidation et le travail intellectuel de l'improvisation les empêchent de s'appliquer exclusivement à bien prononcer. Ils peuvent au contraire réciter assez correctement un discours appris par cœur. Tout seuls dans leur chambre, ils se le récitent à eux-mêmes sans la moindre hésitation.

De même, chez les dysphoniques, le chant ou la récitation d'un sermon appris par cœur suppriment l'automatisme fonctionnel du larynx ; rien n'est livré à l'imprévu.

L'astasia-abasia nous présente quelque chose d'analogue. Ce syndrome, dont M. le professeur Charcot a donné une

description si intéressante, consiste essentiellement dans la perte de la fonction de la marche automatique, de la marche, avec conservation des mouvements des membres inférieurs, si compliqués qu'ils soient, dans toute autre position que la position verticale. On voit, par cette définition, les différences et les analogies qui existent entre les troubles moteurs des abasiques et ceux des dysphoniques névropathes. Pour ne parler que des analogies, les dysphoniques ont perdu la fonction automatique du larynx, tandis qu'ils peuvent, en chantant, exiger et obtenir de leur glotte vocale des actes musculaires relativement compliqués. La dysphonie est donc une sorte d'astasia du larynx; en d'autres termes, c'est surtout un trouble d'accommodation des muscles glottiques dans les actes automatiques de la phonation.

Nous ne pensons pas devoir insister sur les erreurs de diagnostic qui pourraient résulter d'une insuffisance d'examen. Il va sans dire que la dysphonie névropathique ne se distingue pas essentiellement de celle qui est provoquée par une parésie réflexe (d'origine pharyngée, nasale ou médiastine). Avant de se prononcer, tout observateur soigneux devra passer en revue ces causes de confusion.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LÉSIONS COMBINÉES DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE DANS LE LARYNX

Par le Dr **Luc**, ancien interne des hôpitaux.

Le diagnostic différentiel des lésions syphilitiques et tuberculeuses de la cavité laryngée constitue l'une des tâches les plus délicates de la pratique laryngologique. Cette question occupe une large place dans tous les traités des affections laryngées et, de même que nous voyons, dans les ouvrages de pathologie, le chapitre « *traitement* » des maladies les plus rebelles offrir au praticien un très grand nombre de ressources thérapeutiques, de même les éléments *classiques* du diagnostic en question sont variés et nombreux.

Notre intention n'est pas de les rappeler ici ; nous voulons seulement faire remarquer que la plupart des médecins familiarisés avec le laryngoscope sont unanimes à concéder que les faits ne sont pas rares, où la connaissance des signes en question est impuissante à résoudre le problème pathologique, où par exemple, les caractères objectifs des lésions disent : *sypilis*, tandis que les signes généraux et les commémoratifs disaient plutôt : *tuberculose*.

Frappés par les faits de ce genre, certains observateurs, au lieu de s'obstiner dans une tentative de différenciation impossible, arrivèrent à se demander s'il n'était pas possible que les deux maladies existassent simultanément chez le même individu, les lésions de l'une se greffant sur celles de l'autre.

Il est de notre devoir de rappeler que le professeur Schnitzler (1), de Vienne, a l'un des premiers attiré l'attention des spécialistes sur ces *formes combinées* et que nul n'en a mieux que lui fait ressortir l'évolution et les caractères cliniques.

Vers l'époque à laquelle Schnitzler faisait connaître ces faits, le Dr F. Cardone (2), de Naples, en publiait un semblable, emprunté à la clinique du professeur Massei (3).

Depuis que notre attention a été attirée sur les faits de ce genre, nous avons eu nous-même l'occasion d'en observer d'analogues, tant à notre dispensaire que dans notre clientèle. Nous écartons intentionnellement de notre travail celles de nos observations dans lesquelles le diagnostic n'a pu être établi que sur des présomptions, le contrôle du microscope nous ayant fait défaut, ou les malades ayant été prématurément perdus de vue. En revanche les faits suivants nous ont paru assez significatifs pour mériter d'être publiés.

(1) *Wiener Mediz. Presse*, 1886, et *Intern. klin. Rundschau*, 1887.

(2) *Arch. ital. di Laringolog.*, 1886, p. 154.

(3) Notons aussi dès maintenant le travail de Grünwald de Munich (*Ueber combination von sypilis und tuberculose im Kehlkopfe*), publié en 1887 dans le *Münch med. Wochenschr.*, et sur lequel nous reviendrons plus loin.

OBSERVATION I

M. T., employé, 36 ans.

Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille dont les membres sont nombreux et bien portants.

Lui-même, pendant son service militaire à Oran, de 1872 à 1873, avoue s'être livré à de grands excès alcooliques. *En 1874*, il contracta la syphilis et fut soumis, dès le début, à une médication spécifique. *En 1876*, il éprouva des symptômes pharyngés, transitoires d'ailleurs (dysphagie), ainsi qu'un enrouement qui persista plusieurs semaines. *En 1884*, fracture d'une des dernières côtes droites, accompagnée d'hémoptysie et suivie de phénomènes de phlegmasie pulmonaire.

En octobre 1887. La larynx paraît se prendre sérieusement. Il survient à cette époque une aphonie presque complète, mais la voix se restaure sous l'influence de l'administration d'iodure de potassium et pendant 4 ou 5 mois le malade éprouve une amélioration voisine de la guérison, au point qu'il peut non seulement parler, mais même chanter.

Au mois de septembre 1888. Les symptômes laryngés disparaissent et, cette fois, l'aphonie est compliquée de douleurs en parlant et en avalant. La médication iodurée est reprise et pendant une quinzaine de jours la voix paraît s'améliorer, mais alors survient une hémoptysie abondante et le Dr Ruault qui traitait alors le malade se décide à faire suspendre l'administration de l'iodure.

Le malade ne peut préciser avec quelque netteté depuis quelle époque il tousse et crache. En revanche, l'amaigrissement aurait commencé à se dessiner vers le mois de septembre 1888 (époque de l'hémoptysie).

En janvier 1889. La dysphagie devient extrême, la voix disparaît complètement, la toux et l'expectoration font des progrès sensibles.

Le 1^{er} mars 1889. Le malade se présente pour la première à notre dispensaire.

A cette époque l'état général ne paraît pas profondément atteint; nous ne constatons pas de décoloration des muqueuses.

Les lésions laryngées se montrent exclusivement limitées à la moitié droite de l'organe. L'aspect de ces lésions participe à la fois des caractères de la syphilis et de la tuberculose et, objectivement, un diagnostic différentiel entre les deux diathèses ne nous paraît pas possible.

Nous constatons effectivement, en faveur de la syphilis, une perte de substance de l'extrémité droite de l'épiglotte, à bords nets et semblant avoir été faite avec des ciseaux courbes; mais d'autre part la muqueuse

se montre à ce niveau non pas d'un rouge vif, mais plutôt pâle et la surface ulcérée offre un aspect granuleux, déchiqueté, d'un gris jaunâtre, se continuant, avec les mêmes caractères, au-devant de l'aryténoïde droit et englobant les cordes vraie et fausse du même côté. En outre la portion non ulcérée de l'aryténoïde est gonflée par une infiltration pâle, d'aspect gélatineux, qui plaide plutôt en faveur de la tuberculose. Manifestations pulmonaires légères, limitées au sommet droit (diminution de la sonorité à la percussion et respiration affaiblie et saccadée, sous la clavicule).

En présence de ces signes et des commémoratifs précités, nous portons provisoirement le diagnostic : *lésions syphilitiques ulcéreuses tertiaires en voie d'infiltration tuberculeuse*.

Dans le but de contrôler notre opinion, nous adressons à notre ami, M. Bouillot, d'une part des crachats provenant de l'expectoration matinale du malade, d'autre part, un fragment extrait de la muqueuse de la fausse corde droite ulcérée, au moyen de la curette de Heryng, avec prière d'en faire l'examen.

Le résultat de cet examen nous parvenait quelques jours après. M. Bouillot avait constaté dans le fragment qui lui était soumis, une infiltration des couches sous-épithéliales de la muqueuse, avec destruction des éléments glandulaires, mais point de bacilles ni de cellules géantes. En revanche le bacille de Koch était trouvé dans l'expectoration. A partir du jour de cette constatation, le malade qui, sur notre conseil, avait repris la médication iodurée, sans grand profit d'ailleurs, fut invité à la suspendre et à la remplacer par les capsules de créosote de hêtre et l'huile de foie de morue, en même temps qu'un traitement local énergique (curettage, badigeonnages à l'acide lactique, insufflations d'iodoforme) était institué.

Cette intervention ne tarda pas à déterminer, au double point de vue objectif et subjectif, une amélioration marquée ; tandis en effet que le malade accusait une diminution très nette de sa dysphagie, les surfaces ulcérées prenaient une coloration rouge et un aspect granuleux semblant indiquer une tendance à la réparation.

Malheureusement, une marche inverse se manifestait bientôt dans les lésions pulmonaires et, à partir du mois d'octobre dernier, le malade se trouvait dans l'impossibilité de venir nous demander nos soins et succombait au commencement de décembre après avoir présenté la succession des symptômes de la phthisie parvenue à sa dernière période.

OBSERVATION II

M. S., négociant, 38 ans. Ne connaît pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. En 1877, il contracta un chancre syphilitique et fut soumis, dès le début, à un traitement spécifique. Sept ans après en 1884, il fut pris de symptômes laryngés qui furent rapportés par le Dr Gougouenheim à la syphilis et traités avec succès par l'iodure de potassium. Le malade très amélioré et se considérant même comme guéri, repartit alors pour l'Amérique du Sud où il résidait habituellement.

Son état se maintint satisfaisant jusqu'au mois de juin 1889. A cette époque l'enrouement reparut et atteint bientôt un degré plus accusé que la première fois. L'iodure de potassium étant en outre resté sans résultat, le malade profita d'un nouveau voyage à Paris pour venir nous consulter au mois d'octobre de cette année (1889).

A cette époque, nous relevons les particularités suivantes :

M. S. prétend n'avoir pas maigri ni perdu de ses forces; il tousse peu et ne crache pas; il accuse seulement une tendance aux sueurs nocturnes. L'examen de la poitrine ne nous permet pas d'y relever de modifications pathologiques.

L'examen du larynx nous révèle en revanche des lésions très prononcées.

L'épiglotte est absolument saine.

La fausse corde droite augmentée de volume dans sa cavité antérieure, au point de masquer la partie correspondante de la corde vocale du même côté, est comme entaillée dans sa moitié postérieure par une ulcération profonde qui semblerait avoir été produite par une lame tranchante, courbe et se continue au-devant de l'aryténoïde adjacent. Le reste de la muqueuse aryténoïdienne est au contraire épaissi et paraît le siège d'une infiltration qui la fait proéminer aux dépens de la glotte.

La corde vocale droite se montre rouge et est rendue irrégulière par de petites pertes de substance de son bord libre.

La paroi gauche du larynx paraît intacte.

Les parties ulcérées ou simplement infiltrées offrent une coloration rouge vif qui paraît plaider plutôt en faveur de la syphilis qu'en faveur de la tuberculose.

En fait, tant en raison des commémoratifs et du résultat négatif de l'exploration pulmonaire, qu'en considération des caractères objectifs des lésions laryngées, nous inclinons vers la première de ces hypothèses et, supposant que la médication iodurée n'a pas été instituée avec une énergie

suffisante, nous soumettons le malade à une dose quotidienne de 4 gr. d'iodure de potassium, tandis que la cavité laryngée est badigeonnée avec de la glycérine iodée.

Néanmoins, jugeant bon de soumettre notre diagnostic au contrôle du microscope, nous extrayons avec la curette de Heryng un gros fragment de la bandelette ventriculaire droite et prions notre ami, le Dr Dubief, d'en faire l'examen.

Celui-ci voulait bien, quelques jours après, nous adresser la note suivante :

«..... Il s'agit ici, sans aucun doute, d'une lésion tuberculeuse. Sur les coupes, je n'ai pu réussir à colorer le bacille ; mais, en grattant la lésion, j'ai pu en obtenir un certain nombre. C'est une circonstance qui se présente, quand les lésions ne sont pas très profondes. En effet, il y a une laryngite assez intense, marquée surtout autour des glandes, mais la lésion tuberculeuse est tout à fait superficielle. »

Nous avons tenu à rapporter littéralement les renseignements fournis par M. Dubief, car le fait très nettement exprimé d'une infiltration tuberculeuse très superficielle sur des lésions ulcéreuses profondes en elles-mêmes et offrant objectivement les caractères des ulcérations syphilitiques nous semble aussi favorable que possible à l'hypothèse de la pénétration récente, par des bacilles tuberculeux, de lésions syphilitiques préexistantes.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, la constatation de M. Dubief nous imposait un changement de front dans la thérapeutique à instituer. Il nous parut même, étant donné le maintien des forces et de l'état général, d'une part, d'autre part, l'intégrité apparente de l'appareil pulmonaire et enfin le caractère encore superficiel de la zone d'infiltration tuberculeuse, qu'il nous était impérieusement indiqué, dans l'espèce, d'instituer un traitement des plus énergiques.

Tandis que la médication iodurée était maintenue, mais abaissée à une dose moins forte, le malade fut soumis à une suralimentation rendue facile par la conservation de son appétit et les six semaines que M. S. pouvait encore passer à Paris furent utilisées pour pratiquer dans le larynx, deux fois par semaine, des séances de curettage suivies d'un badigeonnage avec une solution forte d'acide lactique et d'insufflations d'iodoforme.

Au moment où le malade dut quitter Paris (commencement de décembre) toutes les surfaces ulcérées et les parties infiltrées avaient été grattées et détergées par l'action de la curette et présentaient un aspect granuleux de bon augure.

L'appétit et l'état général étaient satisfaisants et l'examen des poumons continuait de donner un résultat négatif.

Nous désirons rapprocher des deux faits précédents l'observation suivante qui nous est obligeamment communiquée par notre ami, le D^r Cartaz.

Jeune femme de 21 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Père et mère bien portants. Il y a six mois a été traitée, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour des boutons à la tête, avec chute des cheveux, céphalée intense, surtout nocturne. Elle ne se rappelle pas avoir eu d'éruptions sur le corps et n'a pas constaté d'ulcères, ni de chancre sur les parties génitales. Toujours est-il que le traitement spécifique (pilules et iodure) a amené un soulagement rapide.

Il y a six semaines, cette malade a été prise d'enrouement et c'est pour ce trouble de la voix qu'elle vient me consulter en octobre 1885.

La voix est très modifiée, bien qu'il n'y ait pas de toux. Je ne trouve aucune lésion thoracique appréciable à l'examen laryngoscopique. Cordes vocales épaissies. Muqueuse sèche, infiltrée, avec stries sanguines à la surface. Bandes ventriculaires d'un rouge sombre, gonflées, recouvrant un peu les cordes vocales. Pas d'ulcérations. Pharyngite chronique. La malade a des habitudes d'intempérance, fume quelquefois et mène une vie assez désordonnée.

Sous l'influence d'inhalations phéniquées et de la reprise du traitement spécifique (sirop de Gibert), la laryngite s'atténue rapidement : la voix perd son timbre rauque, la rougeur et le gonflement des bandes et des cordes tendent à disparaître.

La malade revient me voir, huit mois plus tard. Son état est lamentable. Elle a maigri considérablement ; elle tousse, a des sueurs nocturnes et a tout l'aspect d'une phthisique. L'auscultation révèle en effet des lésions bien manifestes aux deux sommets. La voix est modifiée, mais ce n'est plus la raucité ni le timbre particulier de jadis. Le larynx présente l'état suivant : tuméfaction des cartilages aryténoïdes, avec pâleur de la muqueuse ; tuméfaction de la muqueuse aryténoïdienne. Bandes ventriculaires gonflées, mais moins rouges, plus infiltrées ; les cordes vocales sont d'une coloration grisâtre, tuméfiées, avec des ulcérations miliaires à droite. L'invasion tuberculeuse ne peut faire de doute.

La malade a repris d'elle-même, il y a un mois, le traitement spécifique, sans aucun résultat. Je lui prescris l'huile de foie de morue, l'arsenic. Je l'ai perdue de vue, après la seconde visite.

Il est facile de voir que l'histoire clinique des trois maladies précédents est à peu près identique. Elle peut se résumer de la façon suivante.

Quelques années après l'infection syphilitique, quelquefois après avoir présenté quelques déterminations secondaires dans le larynx, rapidement enrayées par une médication mercurielle appropriée, le sujet est pris ultérieurement de manifestations laryngées plus intenses et le miroir révèle cette fois, non plus les lésions superficielles de la période secondaire, mais des infiltrations ou déjà même des ulcérations profondes, à bords nettement tranchés. La muqueuse environnante est d'un rouge vif. Le malade ne tousse pas. L'examen de la poitrine est négatif. L'état général est peu ou point affecté. A cette phase de l'évolution morbide la médication iodurée instituée avec l'énergie suffisante fait merveille et, sous son influence, on voit bientôt les ulcérations se déterger, se limiter, devenir granuleuses et marcher rapidement vers la cicatrisation. Cependant, quelques mois ou quelques années s'écoulent. Le malade se croyant guéri néglige son traitement ainsi que les ménagements exigés par sa santé déjà éprouvée. Sur ces entrefaites, soit à l'occasion d'excès, de fatigues vocales, de refroidissements, soit en dehors de toute cause occasionnelle appréciable, la voix se prend de nouveau. C'est d'abord un simple enrrouement auquel le malade ne prête que peu d'attention, mais qui ne tarde pas à aboutir à une aphonie plus ou moins complète. En même temps survient de la toux et l'état général devient moins bon. C'est à cette période de transition critique que les signes objectifs présentés par l'organe malade sont d'une interprétation difficile. Le miroir révèle des ulcérations profondes, mais à bords moins nets que lors du premier examen. La muqueuse ambiante est moins rouge. Déjà peuvent se montrer, au niveau de la région aryténoïdienne, des lésions de mauvais augure, sous forme de villosités fines, d'ulcérations recouvertes de muco-pus, ou d'infiltrations à surface pâle. A cette époque, l'examen de la poitrine peut encore être

douteux ou négatif. L'inspection des crachats peut ne point révéler encore le bacille de Koch.

La médication iodurée reprise à ce moment, même avec énergie, ne donne plus que des résultats incertains, ou, si le médicament *mord* encore quelque peu sur la maladie, on ne tarde pas à se convaincre, en en continuant l'administration, que ses effets vont s'affaiblissant de plus en plus, au point que le malade ne tarde pas à en réclamer de lui-même la cessation.

Si l'on peut, au cours de cette phase de transition, suivre avec quelque régularité l'évolution locale de la maladie, l'on assiste d'une façon très nette à la *défiguration* des ulcérations syphilitiques dont le contour perd progressivement le cachet de *bord taillé à l'emporte-pièce* qu'il offrait primitivement. En même temps la muqueuse achève de se décolorer et l'apparition de semis granuleux, d'infiltrations gélatiniformes, d'ulcérations villeuses, préaryténoïdiennes ne permet bientôt plus de doutes sur la transformation accomplie et le soupçon devient une certitude, quand la production de lésions pulmonaires d'une part et d'autre part le délabrement de l'état général sont venus compléter le tableau de la phtisie confirmée.

Dans d'autres cas où les poumons tardent plus longtemps à présenter des signes physiques, indubitables et où l'état général résiste plus longtemps, le problème peut être prématurément résolu par la constatation du bacille phymogène dans l'expectoration.

L'observation suivante nous a paru devoir être distinguée des précédentes et mise à part, la tuberculose ayant éclaté dans le larynx au cours d'une syphilis tertiaire grave des fosses nasales et sans que nous ayons été à même de déterminer si les ulcérations tuberculeuses du larynx s'étaient greffées sur des ulcérations syphilitiques du même organe.

M. X..., homme de 36 ans, d'une forte constitution, issu d'une famille robuste, sans tare tuberculeuse, a eu la syphilis, il y a 10 ans. Depuis

un an nous lui donnons nos soins, pour des lésions étendues des fosses nasales, lésions ulcéreuses, profondes, présentant le cachet incontestable de la syphilis tertiaire et qui, n'ayant pas été combattues à temps, ont abouti à la destruction d'une grande partie de la cloison et des cornets. De nombreux séquestres ont été éliminés et les cavités nasales ont été converties en une sorte d'autre spacieux où la production incessante de pus et de croûtes fétides nécessite la répétition quotidienne de lavages détersifs.

Dès la première visite que nous fit M. X..., nous instituâmes la médication iodurée, à la dose de 4 gr. par jour. Ce médicament enraya le processus ulcéreux, mais fut évidemment impuissant à réparer les pertes de substance accomplies.

Au bout d'un mois, l'iodure nous ayant paru avoir à peu près donné tout ce qu'on pouvait attendre de lui, la dose en fut abaissée à 2 gr. et il fut remplacé le mois suivant par du sirop iodo-tannique.

A cette époque la voix nous parut très légèrement voilée. Nous en fîmes la remarque au malade qui nous répondit être sujet à l'enrouement.

L'examen laryngé ne nous révéla d'ailleurs que des lésions peu prononcées.

Au milieu de juillet 1889, M. X..., que nous avions perdu de vue depuis quelques mois, se présenta de nouveau à notre examen. L'état du nez était toujours à peu près le même et le malade continuait d'y pratiquer des irrigations boriquées ; mais la voix nous parut singulièrement altérée et nous fîmes immédiatement porté à pratiquer un nouvel examen du larynx. Nous constatâmes cette fois l'existence d'une perte de substance assez étendue du bord de la corde vocale gauche et une lésion semblable mais moins étendue, sur la corde opposée. Ces ulcérations n'offraient pas de caractères bien nets, mais la muqueuse laryngée se montrant très rouge et le malade ayant suspendu, depuis quelques semaines, la médication iodurée, nous songeâmes à un retour offensif de la syphilis et au passage dans le larynx de la maladie primitivement cantonnée dans les fosses nasales et nous engageâmes M. X... à reprendre l'iodure.

De juillet en décembre, nous eûmes l'occasion de voir le malade de loin en loin. Son état était en somme stationnaire et les lésions laryngées n'offraient pas de tendance à la guérison.

Sur ces entrefaites, M. X... vint brusquement, au commencement de cette année, nous demander notre avis relativement à l'opportunité d'un projet de mariage qui venait de lui être proposé.

La situation délicate qui nous était faite par cette question inattendue nous incita naturellement à procéder à un examen complet des différents organes et à y apporter les soins les plus minutieux.

Les fosses nasales étaient toujours dans le même état. Les ulcérations des cordes vocales n'avaient pas diminué. Elles s'étaient même plutôt étendues. D'autre part, l'apparence générale du malade nous donna une mauvaise impression.

Son visage nous sembla pâli et altéré et la possibilité d'une évolution de ses lésions dans le sens de la tuberculose s'étant présentée à notre esprit, nous procédâmes sur-le-champ à un examen très minutieux de la poitrine, mais sans y trouver de modification en rapport avec cette hypothèse. Néanmoins, le malade nous ayant dit qu'il toussait et crachait, surtout le matin, nous l'engageâmes à soumettre son expectoration à l'examen de notre ami le Dr Dubief, et quelques jours après, nous apprenions que le bacille de Koch s'y était révélé de la façon la plus nette et en abondance.

Les quatre observations que nous venons de rapporter présentent ce point commun de nous montrer des lésions tuberculeuses, succédant à des lésions syphilitiques. C'est ainsi que les choses se sont également passées dans le fait de Cardone et dans ceux de Schnitzler. La première des observations rapportées par ce dernier auteur renferme en outre un détail intéressant que nous tenons à mentionner ici. Outre ses lésions laryngées, le malade présentait à la région anale une large ulcération qui, considérée du vivant du malade par les dermatologistes les plus renommés de Vienne comme un syphilome, révéla ultérieurement, après la mort, à l'examen histologique, les caractères indiscutables d'une lésion tuberculeuse. Schnitzler n'hésite pas à admettre que les lésions anales aussi bien que celles du larynx, primitivement syphilitiques, s'étaient secondairement infiltrées d'éléments tuberculeux.

En présence des faits qui précèdent, une question se pose naturellement à l'esprit : L'évolution inverse est-elle possible ? Existe-t-il des cas de lésions syphilitiques, secondairement greffées sur un larynx tuberculeux ? Gouguenheim et P. Tissier en mentionnent deux dans leur traité de la phtisie

laryngée. Les mêmes indications bibliographiques figurent dans le travail du second de ces auteurs sur la syphilis du larynx (1). L'un de ces faits serait contenu dans une thèse de Tessier publiée en 1880 (il n'est pas dit à quelle faculté) ; l'autre figurerait dans une dissertation inaugurale de Grünwald de Munich (il n'est pas fait mention de la date).

Les recherches que nous avons entreprises pour nous procurer ces documents sont malheureusement restées vaines. Il eût été pourtant intéressant de comparer l'un à l'autre ces deux modes de succession morbide.

En fait, Grünwald a publié dans le *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1887, n^{os} 21 et 22, un important travail sur la combinaison de la tuberculose et de la syphilis dans le larynx, mais, dans les trois observations rapportées par cet auteur, il ne s'agit que de lésions tuberculeuses consécutives à des lésions syphilitiques, mais il n'est pas fait mention de la marche inverse. Détail curieux : dans ce travail écrit en 1887, et qui paraît surtout consacré aux difficultés du diagnostic de la tuberculose laryngée, il n'est pas fait mention une seule fois du bacille de Koch !

Les observations de Grünwald se distinguent d'ailleurs des nôtres, ainsi que de celles de Schitzler et de Cardone, en ce que, chez ses malades les lésions syphilitiques étaient localisées à l'épiglotte, tandis que les lésions tuberculeuses parurent évoluer indépendamment d'elles, au niveau de la muqueuse préaryténoïdienne et des cordes vocales.

On peut envisager de deux façons la pathogénie des faits que nous venons de rapporter : n'y voir qu'une simple coïncidence fortuite, ou au contraire, un rapport de cause à effet. Cette dernière opinion est formulée par Schnitzler et Cardone dans les publications précitées et nous la partageons nous-même entièrement. Depuis que notre attention a été attirée vers les faits de ce genre, ils se sont présentés à notre observation avec une fréquence relative qui déjà à elle

(1) *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., 1889.

seule nous porterait à douter du caractère fortuit de la coexistence ou de la succession des deux maladies.

Mais il nous semble en outre que d'autres considérations plaident dans le même sens, en nous permettant d'entrevoir la pathogénie de cette succession de lésions différentes sur un même organe.

Il est à peu près unanimement admis aujourd'hui que deux ordres de causes président à l'éclosion de la tuberculose. Les unes préparant le terrain et le rendant favorable au développement du bacille pathogène, les autres favorisant la pénétration de ce dernier dans l'organisme. Or, n'est-il pas de toute évidence que la syphilis parvenue à la période tertiaire remplit exactement ce double rôle, déprimant d'une part la constitution du sujet et le plaçant dans des conditions spéciales de réceptivité morbide, et d'autre part, créant, du fait des pertes de substances qui accompagnent son évolution, autant de portes d'entrée aux germes tuberculeux ? La présence fréquemment constatée du bacille de Koch soit à la surface des muqueuses saines, soit à la surface d'ulcérations non tuberculeuses, prouve que l'interprétation précédente n'est pas purement une vue de l'esprit. En voici des exemples.

L'an dernier nous soumettions à l'examen du D^r Latteux un peu de pus enlevé de la surface d'un épithélioma ulcéré du larynx dont le diagnostic présentait alors quelques difficultés. Cet examen révéla dans le liquide suspect la présence du bacille de Koch. Pourtant la maladie évolua ultérieurement avec toute la symptomatologie indiscutable du cancer et le malade succomba sans avoir présenté de signes de tuberculose.

Nous lisons, d'autre part, dans une clinique du professeur Massei, de Naples (1), un fait non moins instructif. Il y est question d'une femme syphilitique qui fut soignée dans une salle contenant plusieurs phtisiques pour une laryngite ulcéreuse manifestement syphilitique et guérit rapidement sous

(1) *Giornale internaz. delle scienze med.*, 1889, fasc. 9.

l'influence de la médication iodurée. Pourtant, au cours de la maladie, l'examen microscopique des mucosités extraites du larynx, pratiqué sur la demande de la malade, y avait révélé la présence du bacille de Koch.

Il nous semble que ces derniers faits sont des plus instructifs, relativement à la pathogénèse de la tuberculose. Ils nous montrent en effet les bacilles phymogènes répandus non seulement autour de nous, mais parfois même à la surface de nos tissus et prêts à faire irruption dans l'organisme à la faveur de la moindre brèche épithéliale et à y développer leurs lésions spécifiques pour peu que le terrain s'y prête. Il est remarquable que, dans notre deuxième observation, cette infiltration secondaire n'avait encore pénétré que les couches les plus superficielles de la muqueuse et put être enrayée grâce à une intervention locale, énergique.

Quel est, d'autre part, le mécanisme en vertu duquel l'infection syphilitique semble conférer à l'économie une réceptivité spéciale à l'égard des germes tuberculeux. On ne peut tenter de résoudre ce problème sans entrer dans le champ des hypothèses. Il semble au premier abord rationnel d'invoquer simplement l'influence de l'affaiblissement et de l'abaissement de la résistance organique créés par des lésions syphilitiques prolongées, ayant fini par retentir sur l'état général, mais il se peut qu'il existe entre les deux états pathologiques certaines de ces affinités que nous sommes impuissants à expliquer, mais dont la pathologie nous fournit d'autres exemples incontestables (scrofule et tuberculose, diabète et tuberculose, rougeole et tuberculose, rougeole et coqueluche).

Le sujet que nous venons de traiter ne se prête pas d'ailleurs qu'à des considérations spéculatives; il comporte des enseignements pratiques. Nous ne croyons pas, par exemple, mériter d'être taxé d'exagération, en disant que tout sujet porteur de lésions laryngées (1) ulcéreuses, tardives et présentant

(1) Le cadre de notre travail ne nous permet pas d'envisager ici d'autres

quelque lenteur à se cicatriser, devra faire songer à la possibilité d'une évolution de ces lésions dans le sens de la tuberculose, que l'on devra chercher la confirmation ou l'infirmité de ce soupçon pour tous les éléments de diagnostic dont nous disposons aujourd'hui, et, dans le cas où les craintes auront été confirmées, instituer, sans tarder, une intervention locale, énergique qui aura d'autant plus de chances d'être suivie de succès que le diagnostic aura été précoce et que les germes tuberculeux n'auront pas encore eu le temps de pénétrer bien profondément dans les tissus.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

I. — NEZ, PHARYNX

Lupus of the throat and nose. Lupus de la gorge et du nez, par le Dr J. MIDDLEMASS de Liverpool. *In the Journ. of Laryng.*, septembre 1889, n° 9.

Ce travail suivi de six observations personnelles résume très bien l'état actuel de nos connaissances sur la question et contient un exposé très clair des traits cliniques de cette localisation de la maladie. L'auteur admet que les voies aériennes supérieures peuvent être envahies par l'extension progressive et sans discontinuité d'un lupus de la face, par dépôt secondaire à distance, ou par dépôt primitif, le tégument étant intact. Il se rallie à la proposition de Lennox Brown d'après laquelle ces régions se montreraient affectées dans une proportion de 20 sur 100 cas de lupus.

Les voies lymphatiques lui paraissent un agent exceptionnel de propagation de la maladie.

La question du diagnostic est particulièrement traitée avec un grand sens clinique. D'après M... deux affections seulement peuvent prêter à la confusion : la syphilis et la tuberculose. Le diagnostic du lupus se trouve généralement facilité par la coïncidence de tubercules cutanés ; il

organes que les voies respiratoires supérieures, il est d'ailleurs possible que le courant d'air continu qui traverse cette région prédispose tout spécialement ses lésions à leur infiltration secondaire par des germes phymogènes.

C'est quelquefois aussi rétrospectivement, quand la peau est envahie secondairement ; mais, même dans le cas où elle reste indemne, le lupus se distinguera facilement des lésions syphilitiques par la pâleur de la muqueuse, au voisinage des ulcérations et par la lenteur de l'évolution des lésions, enfin par l'inefficacité du traitement spécifique. D'autre part il diffère de la tuberculose par l'indolence de ses ulcérations et par la marche spéciale du processus qui aboutit à l'ulcération, sur certains points et à la cicatrisation sur d'autres.

Tout en reconnaissant que le lupus n'attaque pas volontiers les os, il refuse de voir là, avec certains auteurs, un caractère anormal de la maladie ; il a vu en effet une destruction des os du nez chez un de ses malades.

Il partage avec Schrötter l'opinion que le lupus du larynx ne nécessite la trachéotomie que tout à fait exceptionnellement ; tout en reconnaissant la possibilité du développement de lésions pulmonaires tuberculeuses chez ces malades, il semble porté à croire que cette complication est moins fréquemment observée en Angleterre qu'en France.

Comme traitement il conseille les caustiques et mieux la cautérisation ignée et les scarifications.

La trachéotomie pourra être imposée par la sténose, mais il rappelle le fait de Ganghofner où la dilatation du larynx par les bougies de Schrötter permit d'éviter cette opération.

LUC.

Étude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale, par M. le Dr V. RAULIN. *Th. de Paris, 1889.*

Le lupus primitif de la muqueuse nasale est une affection assez peu connue et qui jusqu'ici n'avait fait en France l'objet d'aucun travail spécial. On saura donc gré à M. le Dr Raulin de lui avoir consacré sa thèse inaugurale.

Cette monographie, faite sous la direction de M. Moure, a été divisée par son auteur en neuf chapitres qui comprennent tout l'ensemble de la question. Le premier chapitre relatif à l'histoire, nous montre que l'histoire du lupus de la pituitaire est intimement unie à celle des scrofules des autres muqueuses. Ce n'est qu'au commencement de ce siècle que fut tout d'abord signalée cette affection ; la première observation appartiendrait à Rayer (1835). A peine, ensuite, trouve-t-on quelques faits épars dans la science, et il faut arriver jusqu'à 1877 pour avoir un travail d'ensemble sur la question ; à cette époque, en effet, parut la thèse de Moinel *Sur le lupus scrofuleux des fosses nasales* et dans laquelle

était très bien décrite la symptomatologie du lupus primitif de la pituitaire.

Enfin Cozzolino (1886) en a aussi fait une étude dans laquelle il a tort de passer complètement sous silence la thèse de Moinel qu'il paraît cependant avoir consultée.

Pour expliquer la *pathogénie*, on peut invoquer trois théories. La première, surtout admise en Angleterre et en Allemagne, considère le lupus comme une manifestation tardive de la syphilis héréditaire. M. Raulin ne saurait y souscrire pour diverses raisons ; car : 1° rien dans les antécédents du malade atteint de lupus, n'établit de relations entre cette affection et la syphilis ; 2° il existe en outre des signes différentiels très évidents ; 3° enfin si, dans certains cas, l'administration d'iodure de potassium a été suivie de guérison, cela prouve tout simplement qu'on avait commis une erreur de diagnostic. La théorie française considère le lupus comme une manifestation scrofuleuse ; mais, comme tout tend à le démontrer actuellement, la scrofule étant elle-même d'origine tuberculeuse, on doit faire du lupus une manifestation tuberculeuse, et c'est à cette dernière théorie que se rallie l'auteur. Les preuves qu'il fournit à l'appui de son opinion sont tirées : 1° de l'identité du nodule tuberculeux et du nodule lupique ; 2° de la présence du bacille de Koch ; 3° des inoculations lupiques déterminant la tuberculose ; 4° des caractères cliniques, et 5° de l'hérédité de la réceptivité. « Le lupus, nous dit-il, est une variété de tuberculose, une modalité peu commune de ce processus, c'est une tuberculose locale à marche lente, chronique, à bacilles rares ; c'est une tuberculose atténuée. » Et cette atténuation tiendrait au petit nombre de bacilles se trouvant dans un milieu peu favorable à leur évolution.

Au point de vue de l'*étiologie*, on peut reconnaître : 1° des causes prédisposantes (âge adulte), sexe, profession, vapeurs, poussières, traumatismes), et 2° des causes déterminantes dont l'unique serait le bacille de Koch.

Les altérations microscopiques sont au début caractérisées par de l'injection, avec tuméfaction, de la muqueuse de la cloison cartilagineuse ; dans un deuxième stade apparaissent les nodules ; dans un troisième stade on trouve des croûtes recouvrant de petites ulcérations et finalement on constate du tissu fibreux rétracté sous forme d'anneau cicatriciel. Au microscope, on remarque que l'épithélium a disparu au centre de l'ulcération et qu'à la périphérie, il est infiltré d'éléments embryonnaires. La muqueuse infiltrée, contient des nodules miliaires qui sont constitués par des cellules épithélioïdes, des cellules géantes et à la périphérie par

la condensation d'éléments embryonnaires. Les bacilles de Koch sont très rares dans les nodules et doivent être recherchés avec beaucoup de soin. Les vaisseaux et les glandes sont le plus souvent indemnes ; de même de la couche sous-muqueuse et du périchondre. La forme scléreuse paraîtrait due à une transformation fibreuse des nodules par suite de l'évolution des cellules embryonnaires.

Les symptômes sont, les uns fonctionnels et liés à la perméabilité plus ou moins grande du nez, les autres objectifs et caractérisés par de l'hypertrophie, une ulcération consécutive et enfin la sclérose. Le début de l'affection aurait toujours lieu au niveau du cartilage semi-lunaire de la cloison ; plus tard, l'extrémité antérieure du plancher, celle des cornets inférieurs et moyens pourront être envahies, comme il sera facile de s'en convaincre par la rhinoscopie.

Le lupus reste en général cantonné dans la portion respiratoire de la pituitaire ; il progresse très lentement avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Sa durée peut être très longue, quand il est abandonné à lui-même. La guérison spontanée est rare ; parfois on observe la transformation épithéliomateuse ; on a vu dans certains cas, la mort survenir : elle était alors due à une complication pulmonaire ou bien à un érysipèle intercurrent.

Le diagnostic variera aux différentes périodes. Dans la forme hypertrophique, il faudra distinguer le lupus : a) des polypes muqueux ; b) de l'hypertrophie polypoïde ; c) de la rhinite hypertrophique ; d) de l'épaississement de la cloison ; e) des papillomes de la cloison ; f) des tumeurs érectiles de la muqueuse de la cloison ; g) des sarcomes ; h) de l'épithélioma ; i) de l'eczéma chronique de l'entrée du nez. La forme ulcéreuse ne devra pas être confondue avec : les ulcérations de la rhinite chronique, celles consécutives aux rhinites traumatiques ou professionnelles, les ulcères variqueux de la muqueuse de la cloison cartilagineuse, les ulcérations chancreuses, la tuberculose miliaire aiguë, le lupus syphilitique. Les sténoses congénitales ou cicatricielles seront diagnostiquées par les anamnestiques et différenciées ainsi de la forme scléreuse du lupus.

Quant au pronostic, sans être fatal, il offre pourtant d'assez nombreux inconvénients, tels que sténoses, récidives, propagation de voisinage, etc., ce qui ne laisse pas que de l'assombrir quelque peu.

Le traitement général très utile ne saurait procurer une guérison complète. Le véritable traitement dont l'efficacité ne puisse être contestée, est le traitement local, qui sera effectué à l'aide d'antiseptiques en solutions ou en poudres, au moyen d'injections interstitielles ou encore

d'acupuncture antiseptiques. Mais la meilleure méthode est sans contredit celle qui consiste à détruire les nodules lupiques, soit chimiquement (caustiques liquides et solides, galvano-caustie), soit mécaniquement (compression, scarification, cautérisation galvanique, raclage). M. Raulin réserve toutes ses préférences pour le raclage largement fait et en dépassant les limites du mal. Ce raclage devra être pratiqué après anesthésie préalable, pour éviter une douleur trop vive. L'auteur recommande l'anesthésie chloroformique totale, jugeant insuffisante la simple anesthésie locale. Peut-être, va-t-il un peu loin, car si dans certains cas, on doit avoir recours à l'anesthésie totale, il est certain que l'anesthésie locale devra suffire comme l'a récemment indiqué M. Bautard lorsque les lésions seront limitées. Il importe donc à notre avis de bien distinguer le cas où l'on aura à intervenir.

Cette thèse qui renferme encore seize observations dont deux personnelles et un index bibliographique de quatre pages, pourra être avantageusement consultée par tous les médecins, car elle est soigneusement écrite, exposée avec méthode et renferme surtout des détails très intéressants de pratique courante.

N.

Du naphthol camphré dans le traitement des ulcérations tuberculeuses,
par M. FERNET (1).

M. Fernet qui badigeonne les ulcérations tuberculeuses avec un mélange de naphthol camphré (1 partie de naphthol pour 2 parties de camphre) a obtenu avec ce traitement, d'excellents résultats, notamment dans le cas suivant. Une jeune fille de dix-sept ans avait été soignée trois ans auparavant, à l'hôpital Saint-Louis, pour un lupus scrofuleux de la gorge traité par le thermocautère. La guérison s'était effectuée avec formation de tissu cicatriciel d'une vaste étendue. Il y a dix-huit mois, apparurent de nouvelles ulcérations sur la cicatrice ainsi qu'à la base de la langue et sur le voile du palais qui fut en partie détruit. Les applications d'acide lactique au 110° étaient demeurées sans résultat. Or, les badigeonnages avec une solution de naphthol camphré ont été suivis d'un succès complet.

Emphysème traumatique des paupières par M. DESPRÈS, *Gaz. des hôpitaux*, 1889, p. 585.

Un maçon avait reçu sur l'angle externe de l'œil gauche d'une hauteur de quatre mètres, une pierre pesant environ 28 kilos, quand il se pré-

(1) *Société de Thérapeutique*, 27 fév. 1889.

senta à la consultation de M. Desprès, on constatait un emphysème avec tuméfaction des deux paupières. La compression faisait disparaître l'air infiltré et on pouvait alors voir un chémosis emphysémateux crépitant, occupant la conjonctive depuis la cornée jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival extrême. Au dire du malade le gonflement était apparu la première fois quand il se mouchait, et il augmentait toujours à la même occasion. M. Desprès tenant compte de ce que l'emphysème commence à paraître *au milieu de la paupière inférieure*, quand le malade se mouche et aussi de ce que la moitié gauche de la face est moins saillante que la droite, de la contusion de l'angle de l'œil, du chémosis, croit pouvoir préciser le siège de la lésion. A son avis en effet, l'air provient du sinus maxillaire qui a été vraisemblablement fracturé sur sa paroi supérieure; il s'agit là d'une fracture par contre-coup en un point où l'os présente une moindre résistance.

Dans ce cas, le pronostic de l'emphysème est bénin, car la résorption se fait en quatre ou cinq jours. Le traitement consiste dans l'application de sangsues pour combattre la congestion.

M. N.

Contribuzione alla patogenesi ed etiologia dell' empieme dell' antro di Higmoro. (Contribution à la pathogénèse et à l'étiologie de l'empyème de l'antre d'Highmore), par le Dr TRIFILETTI. In *Archiv. italiani di Laring.*, octobre 1889.

Une femme de 51 ans, ayant présenté, quelques années auparavant, des manifestations syphilitiques très nettes, fut prise de douleurs dans la région malaire gauche, les unes profondes, rappelant les douleurs ostéocopes, les autres se montrant par accès, sous forme d'élancements irradiés aux régions voisines. On notait en même temps une abolition de la sensibilité dans le domaine du nerf maxillaire supérieur. D'autre part la malade se plaignait d'un écoulement fétide par la narine gauche, survenant d'une façon intermittente par le fait de se moucher ou d'incliner la tête en bas. A l'examen rhinoscopique, simples lésions congestives de la muqueuse. Quant à l'état des dents, l'auteur dit simplement que plusieurs des molaires étaient absentes ou cariées. Enfin la joue offrait un gonflement oedémateux et la palpation révélait une tuméfaction dure dans la région de la fosse canine qui avait disparu. Cet ensemble de symptômes se dissipa complètement sous l'influence de la médication antisyphilitique.

LUC.

De l'ozène et de son traitement, par le Dr MAX BERLINER de Breslau,
in *Deutsch. medicin. Wochensch.*, 19 décembre 1889, p. 1045.

Après une revue des diverses opinions émises sur la nature de l'ozène et un exposé des lésions de la muqueuse nasale signalées par les auteurs, l'auteur arrive à cette conclusion que les lésions décrites ne présentent rien qui soit spécial aux fosses nasales et qu'il s'agit en somme d'un catarrhe atrophique ayant pour conséquences anatomiques la disparition progressive des glandes et la substitution d'un épithélium plat à l'épithélium cylindrique, normal. Quant aux microbes découverts dans les sécrétions, ils ne seraient que des éléments secondairement apportés par l'air continuellement en mouvement dans les fosses nasales.

Ce qui semble à l'auteur particulièrement remarquable dans ce catarrhe, c'est sa ténacité. Cette ténacité doit avoir sa raison anatomique et Berliner croit l'avoir trouvée dans un détail anatomo-pathologique de la maladie consistant dans un contact anormal du cornet moyen et de la cloison. De là un arrêt de la sécrétion et plus tard une cause d'atrophie des muqueuses en contact. De là aussi une impossibilité pour les liquides sécrétés par les parties supérieures de la muqueuse de s'écouler au dehors et la production de fermentations putrides. Il suffirait, d'après l'auteur, de supprimer le contact en question par une opération dont il donne les détails, pour voir cesser l'accumulation des croûtes fétides dans les fosses nasales.

Nous avouons que la théorie de Berliner nous semble manquer de clarté et se prêter à bien des objections.

Comment, par exemple, s'expliquer que le contact de portions limitées de la muqueuse amène une atrophie de la totalité de cette dernière?

L'auteur nous parle d'une stagnation des sécrétions sus-jacentes à ce contact, mais n'est-ce pas au contraire dans la portion inférieure des cavités nasales que s'accumulent les produits fétides propres à l'ozène.

Néanmoins les faits sont les faits et, puisque Berliner nous assure avoir obtenu de véritables guérisons d'une maladie généralement considérée comme incurable, au moyen du simple écartement du cornet moyen, il serait irrationnel de condamner sa théorie sans avoir tenté de répéter la méthode de traitement proposée par lui.

LUC.

On some relations between the diseases of the nose and the eye. (De quelques relations entre les affections nasales et oculaires), par A. BRONNER, chirurgien de l'hôpital de Bradford, pour des maladies de l'oreille et de l'œil. In *The Journ. of laryng.*, 1889, décembre p. 495.

Cet article est une compilation de tous les cas que l'auteur a pu rassembler d'affections oculaires liées apparemment à des lésions intranasales.

Les complications oculaires peuvent être de simples troubles fonctionnels (vue trouble, névralgie orbitaire, amblyopie, douleurs en lisant, rétrécissement du champ visuel) dépendant de phénomènes congestifs du fond de l'œil et se montrant dans le cours d'affections inflammatoires des fosses nasales ou des sinus, à la faveur des liens vasculaires qui relient les deux régions; ou bien elles consistent en un épiphora, sans rétrécissement du canal nasal, causé par le gonflement de la muqueuse de ce conduit, lié lui-même à un état hypertrophique de la muqueuse nasale. Le mucocèle lacrymal pourrait se développer dans les mêmes circonstances. Bronner cite en outre deux de ses malades souffrant, l'un d'asthénopie musculaire, l'autre de phénomènes de congestion conjonctivale, et qui furent guéris, l'un et l'autre, à la suite de l'extirpation de végétations adénoïdes et de la cautérisation ignée de la muqueuse nasale hypertrophiée. L'auteur emprunte encore à Ziem des faits de glaucome d'origine nasale, à Hartmann, à Koning, des exemples d'abcès orbitaire provenant de rhinites ou de suppurations du sinus maxillaire. Ces faits sont évidemment très importants à connaître, mais l'auteur a peut-être quelque tendance à en exagérer la fréquence et nous persistons, pour notre compte, à considérer les complications oculaires des affections nasales comme assez peu fréquentes. Nous ne partageons pas non plus la façon de raisonner de l'auteur, consistant à rattacher la conjonctivite phlycténulaire et la kératite de certains enfants à la rhinite dont ils sont parfois simultanément atteints. Nous pensons qu'il y a plutôt lieu d'invoquer alors une influence générale s'exerçant simultanément sur deux régions distinctes. Enfin nous ne nous souvenons pas d'avoir observé, avec une fréquence digne d'être notée, la présence d'un épiphora et d'une conjonctivite chez les ozéneux que nous avons eu l'occasion de traiter.

LUC.

Ueber metastatische erkrankungen bei Nasenleiden. (Des accidents métastatiques dans les affections nasales), par le Dr ZIEM de Dantzig, *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1889, novembre, p. 252.

Ziem ajoute, dans cet intéressant article, un nouveau chapitre à la symptomatologie des suppurations nasales à laquelle ses travaux antérieurs avaient déjà fourni de si importantes contributions. Il s'agit de la possibilité de la formation d'abcès à distance, dans le cours d'affections nasales suppuratives.

Après avoir rappelé les faits déjà publiés par Rollet, Jannison et Hack sur la même question, Ziem rapporte deux observations personnelles.

Dans l'une, nous voyons une fillette de 5 ans, dans le cours d'un écoulement nasal suppuré, consécutif à une morsure du nez, faite par son petit frère, présenter les signes d'un abcès à la paupière inférieure droite et à la région frontale. Un abcès semblable ne tardait pas à se montrer et à s'ouvrir spontanément sur la face dorsale du pied droit. Trois semaines plus tard, apparition de nouveaux abcès, d'une part, au-dessous des omoplates, d'autre part, à la partie inférieure de la cuisse gauche.

Le second fait concerne un homme qui, dans le cours d'un empyème des deux antres d'Highmore présenta un abcès à la jambe gauche.

LUC.

Pharyngitis chronica. (Pharyngite chronique), par le Dr LUDWIG WOLFF, de Francfort-S.-M. In *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1889, n° 11 et 12.

Le Dr Wolff nous donne, dans cet article, le résultat de la longue pratique du professeur Schmidt de Francfort dont il est l'assistant.

L'auteur étudie successivement l'angine chronique hypertrophique ou granuleuse, et l'angine sèche ou atrophique. Pour l'une comme pour l'autre, Wolff attribue une influence pathogénique de premier ordre aux affections nasales et insiste sur la nécessité de n'entreprendre aucune médication pharyngée, locale, avant d'avoir pratiqué un examen approfondi des cavités nasales et de la région pharyngienne supérieure.

Wolff conseille de combattre l'hypertrophie des cornets du nez par la cautérisation ignée galvanique, suivie d'applications d'acide chromique

cristallisé, cette substance ayant pour effet de rendre plus complets les effets de la cautérisation ignée. Pour la destruction des grosses amygdales il préconise l'emploi de l'anse galvanique et recommande, pendant les 2 jours qui suivent l'opération, de soumettre les malades au régime absolu du lait froid et des œufs crus, ces précautions constituant une sérieuse garantie contre le danger d'hémorrhagies consécutives.

Wolff admet, avec la plupart des spécialistes, que la forme dite *sèche* de l'angine chronique constitue une affection des plus tenaces, son existence étant liée à une atrophie irrémédiable de la muqueuse. Cependant, les sécrétions morbides de cette membrane qui se concrètent sur les parois du pharynx, sous forme d'un enduit vernissé, provoquant des efforts pénibles d'expulsion, pourraient être avantageusement modifiées par l'emploi de certains topiques. Wolff recommande à cet effet les badigeonnages pratiqués avec la solution de Mandl-Lugol, consistant en un glycérolé iodo-ioduré, avec ou sans addition d'acide phénique et d'huile de menthe. Il préconise, en outre, un autre agent médicamenteux récemment recommandé par le Dr Fritsch de Berlin : le sozoiodol combiné au potassium, au sodium ou au zinc. Les deux premiers sels doivent être employés en nature ; le sozoiodolure de zinc au contraire doit être étendu de cinq ou dix fois son poids de sucre de lait ou dilué dans vingt parties de glycérine. Wolff confirme très nettement l'influence prêtée par Fritsch, à ces différentes substances sur la diminution ou même la disparition des sécrétions de la pharyngite et de la laryngite sèche. D'après Wolff, qui reproduit ici fidèlement les idées de son maître Schmidt, bien des cas de pharyngite sèche ne seraient que la conséquence d'un catarrhe limité à la voûte pharyngienne et dont les produits tendraient à croupir dans les cryptes situées entre les éléments adénoïdes de cette région (maladie de Tornwaldt). Aussi quand la rhinoscopie postérieure a établi l'existence de cette lésion. Wolff recommande-t-il de l'attaquer par une intervention directe, soit au moyen de simples cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent, soit en faisant précéder cette cautérisation d'un raclage de la région malade à l'aide d'une petite curette spéciale. Cette opération s'exécute assez facilement, après cocainisation préalable, grâce à l'emploi du crochet palatin automatique de Krause, modifié par Barth et Schmidt, et sous le contrôle du miroir.

Dans le cas où la maladie s'est étendue au larynx, Wolff considère comme généralement inutile d'intervenir localement dans ce dernier organe, la guérison de la laryngite ne tardant pas à suivre celle de la pharyngite.

En somme, travail très consciencieux, contenant d'excellentes règles de pratique et qui sera lu avec profit par les spécialistes.

LUC.

Rhinoscopia posterior bei hängendem hof, zum zwech von operationen im Nasenrachenraum. (Rhinoscopie postérieure avec tête pendante, pour les opérations à pratiquer dans la cavité naso-pharyngienne), par le Dr C. DORN de BRAUNSCHWEIG, in *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1889, décembre, p. 285.

L'auteur recommande le décubitus dorsal, la tête pendant verticalement, tandis que l'opérateur placé derrière le malade a la face de ce dernier vis-à-vis de sa poitrine. Dans ces conditions, la rhinoscopie postérieure se pratique absolument à la façon de la laryngoscopie et, comme dans cette dernière, la région opératoire est facilement éclairée et inspectée de haut en bas, après que le voile du palais a été croché et attiré en avant, les mâchoires étant maintenues écartées au moyen d'un baïllon et la langue maintenue par un abaisse-langue fixe. Cette disposition présente, en outre, au cours de l'opération, l'avantage de ne pas permettre la pénétration du sang dans les voies aériennes.

LUC.

Zur Behandlung der Warzen der Nasen-und gesichtshaut. (Du traitement des verrues du nez et des autres parties du visage), par le Dr ZIEM de Dantzig, in *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1889, décembre, p. 283.

L'auteur raconte que, voulant débarrasser sa petite fille de verrues volumineuses qui la défiguraient, il commença par les détruire au moyen du galvanocantère ; puis, les tumeurs s'étant reproduites, il imagina de les frotter avec des éponges de Lufah, substance préparée par les Égyptiens en faisant dessécher au soleil des fragments de concombres.

La guérison fut complète et définitive. L'auteur se demande si l'on ne pourrait appliquer la même substance au traitement de certains polypes du larynx par la méthode dite *éponge de Voltolini*.

LUC.

Ueber die Häufigkeit gewisser Herzneurosen in Zusammenhang mit Nasenleiden. (De la fréquence de certaines névroses cardiaques dépendant d'affections nasales), par STANISLAS VON STEIN de Moscou. In *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1889, octobre, p. 226.

Nouveau chapitre à ajouter à l'histoire déjà si longue des névroses d'origine nasale : troubles cardiaques des plus variés coïncidant avec des lésions nasales hypertrophiques et disparaissant à la suite de la destruction de ces dernières.

LUC.

A case of acute hæmorrhagic glossitis. (Un cas de glossite hémorrhagique), par le Dr HOLGER MYGIND (avec deux planches coloriées). In *The Journ. of laryng.*, 1890, n° 1.

Un homme de 48 ans, ayant déjà présenté plusieurs attaques de délirium tremens et sujet aux épistaxis, fut pris un jour, sans cause appréciable, de douleurs dans la langue. Cet organe augmenta rapidement de volume, pas au point toutefois de ne pouvoir être maintenu dans la bouche ; en même temps, elle présentait sur ses deux faces, de chaque côté de la ligne médiane, de larges taches d'un bleu foncé indiquant une hémorrhagie interstitielle. Il y eut, les jours suivants, de la fièvre et de l'albuminurie, ainsi qu'un ensemble de symptômes locaux indiquant qu'il s'agissait non pas d'une hémorrhagie simple, mais d'une glossite compliquée d'hémorrhagie.

Les symptômes locaux et généraux se dissipèrent progressivement au bout de quelques jours.

LUC.

On aprosexia. (De l'aprosexie), par le Dr GUY, professeur d'otologie à l'université d'Amsterdam, in *The Journ. of laryng.*, 1889, décembre, p. 499.

Sous ce titre, l'auteur décrit un ensemble de désordres cérébraux, caractérisés par une difficulté à fixer l'attention, une diminution de la mémoire et une tendance à la céphalalgie, à l'occasion du moindre effort intellectuel. Tout en reconnaissant que ces troubles peuvent être la conséquence du surmenage cérébral, G. a été frappé de leur coexistence fréquente avec l'obstruction nasale (rhinite hypertrophique, éperons de la cloison, et tout particulièrement végétations adénoïdes) et il est arrivé à se convaincre que l'obstacle à la respiration nasale était la cause de ces phénomènes de torpeur intellectuelle. En fait, il a obtenu leur cessation,

à la suite du rétablissement de la perméabilité nasale et il recommande l'examen attentif de la cavité naso-pharyngienne, chez les jeunes sujets affectés des troubles en question.

LUC.

II. — LARYNX ET TRACHÉE

Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes, par le Dr MOURE de Bordeaux. (Communication faite à la Soc. de méd. et de chirurg. de Bordeaux, 1889.)

Dans cet intéressant travail, le Dr Moure a réuni six observations personnelles dont voici les principales particularités.

Dans l'Obs. I, il s'agissait d'un enfant de trente mois qui, dans un mouvement d'inspiration rapide, fit pénétrer une graine de melon dans son larynx. Il se produisit, à la suite de l'accident, des accès intermittents de suffocation qui firent songer à une laryngite striduleuse jusqu'au moment où les commémoratifs furent connus du médecin. La trachéotomie pratiquée par le Dr Moure mit fin au danger d'asphyxie, mais le corps étranger momentanément senti par le doigt introduit dans le larynx, immédiatement après l'opération, fut déplacé et pénétra probablement dans l'œsophage, car on ne put le retrouver. La guérison eut lieu, mais seulement après une broncho-pneumonie grave.

L'Obs. II a trait à une fillette de 7 ans qui mourut de pneumonie chronique, plusieurs mois après la pénétration d'un grain de maïs dans la bronche droite. Les signes de la pneumonie existaient déjà quand l'auteur vit l'enfant pour la première fois et proposa sans succès d'ailleurs la trachéotomie, comme la seule chance de sauver l'enfant.

Dans l'Obs. III, un grain de blé est spontanément expulsé par une quinte de toux, des voies aériennes d'un enfant de cinq ans où il avait séjourné plus de six mois, non sans affecter son état général.

L'Obs. IV est analogue à l'Obs. II. Ici une petite fille de 7 ans 1/2 succombe à une broncho-pneumonie consécutive au séjour d'un grain de maïs dans les voies aériennes. La trachéotomie avait été repoussée par les parents.

L'Obs. V est particulièrement intéressante. Elle concerne un garçon de 19 ans chez qui une forte aiguille rouillée, avalée par mégarde, s'était enfoncée transversalement, un peu obliquement en haut et en dedans, au niveau de la paroi externe du sinus pyramidal, au-dessus de l'épiglotte qu'elle maintenait abaissée sur l'orifice laryngé. L'extraction fut opérée,

non sans peine, après cocaïnisation préalable du pharynx et de la base de la langue.

Enfin dans l'observation VI, une petite fille de 9 ans, avale un long noyau de prune de travers, dans un accès de rire. Le corps étranger d'abord logé au-dessus de la commissure de la glotte, est déplacé à la suite d'une tentative infructueuse d'extraction pratiquée à l'aveugle par le médecin habituel de la famille et tombe dans la trachée où sa présence est révélée par un bruit de grelot caractéristique. Il est enfin extrait assez facilement à la faveur de la trachéotomie.

Ces observations sont suivies de considérations et de règles de conduite, relatives au diagnostic et au traitement de ce genre d'accidents, auxquelles nous nous associons pleinement.

L'auteur n'approuve les tentatives d'extraction par les voies naturelles qu'autant que la docilité du patient permet de les contrôler au moyen du miroir. Chez les enfants, il se montre partisan de la méthode de suspension du corps par les pieds, surtout quand on a affaire à un corps étranger pesant, pouvant s'échapper spontanément et aisément à la faveur de la pesanteur. Il rejette les vomitifs et déconseille la cocaïnisation intralaryngée qui prive le malade du bénéfice de ses réflexes laryngés et l'expose à la chute du corps étranger dans la trachée.

Quand ce dernier est enclavé dans le larynx, l'auteur conseille de faire précéder de la trachéotomie les tentatives d'extraction. Mais cette opération est particulièrement indiquée quand le corps du délit est tombé dans la trachée. Il importe seulement alors, pour faciliter son expulsion spontanée, de remplacer le dilatateur habituel par deux écarteurs latéraux.

LUC.

A case of modified laryngectomy for epithelioma of larynx. — Recovery. (Un cas de laryngectomie modifiée pour un épithélioma du larynx. Guérison), par le Dr GEORGE FOWLER. In *The Americ. Journ. of med. scienc.*, octobre 1889.

Il s'agissait d'un épithélioma de la corde vocale gauche. La malade fut opérée par le procédé proposé par le professeur Solis Cohen, et non encore exécuté. Après trachéotomie préalable, une longue incision fut faite sur la ligne médiane, à partir de l'os hyoïde jusqu'au premier cerceau trachéal. Une incision transversale ayant séparé le cricoïde de la trachée, ce dernier conduit fut fortement attiré en avant et tamponné. Chacune des ailes du cartilage thyroïde fut ensuite fendue sur toute sa longueur, à un quart de pouce de la ligne médiane.

Le larynx étant ainsi ouvert, les parties molles intra-laryngées correspondant aux faces internes du thyroïde furent séparées de ce cartilage. Cette dissection, facile au niveau de l'aile droite, eut à triompher, à gauche, d'adhérences assez fortes. On put constater alors, que le néoplasme occupait les parties molles tapissant intérieurement l'aile gauche du cartilage thyroïde, mais que ce cartilage lui-même était indemne.

Après quoi, l'on sépara les parties molles situées sur les côtés et en arrière du cricoïde, et l'on isola ce cartilage, d'une part, du thyroïde, en sectionnant les ligaments qui le relient aux cornes inférieures, et, d'autre part, du conduit œsophagien. En revanche, on respecta les attaches du muscle constricteur inférieur du pharynx, au bord postérieur du cartilage thyroïde. Les aryténoïdes se trouvaient naturellement au nombre des parties détachées par la dissection. L'œsophage ayant été ouvert sur la ligne médiane, au moment de la section de ses attaches au cricoïde, l'index gauche de l'opérateur introduit de bas en haut, par cette ouverture, alla accrocher l'épiglotte, et toutes les parties isolées par la dissection purent ainsi être attirées inférieurement. La membrane thyroïdienne se trouva ainsi tendue et put être sectionnée. Il ne resta plus qu'à diviser les ligaments aryténo-épiglottiques pour compléter la libération de la masse à enlever. Un tube ayant été introduit dans l'œsophage, pour l'alimentation ultérieure du malade, la cavité béante de la plaie fut tamponnée avec de la gaze à l'oxyde de zinc. Dès le lendemain, après avoir retiré le premier tamponnement, on affronta les bords divisés du cartilage thyroïde.

Au bout de peu de jours, les parois de la plaie offraient des granulations de bonne nature et tendaient, par leur rétraction, à combler la perte de substance.

Dès le 24^e jour, la sonde œsophagienne put être retirée, et le 41^e jour, on appliquait un larynx artificiel de Gussenbuer modifié, en aluminium.

L'opération dont nous venons de résumer les détails permettait donc de réaliser pour la première fois la méthode imaginée par Solis Cohen et consistant à laisser en place le cartilage thyroïde.

Cette opération était pratiquée le 17 novembre 1888 et, 10 mois après (août 1889), la guérison de la malade ne laissait rien à désirer. Elle pouvait même, grâce à son larynx artificiel, se faire mieux entendre qu'avant l'opération.

LUC.

Corpi estranei nelle vie aeree. (Corps étrangers des voies aériennes), par le professeur MASSEI. In *Arch. ital. di Laryngol.*, octobre 1889.

Ce travail basé sur onze cas représente une importante contribution à la question.

Dans le premier il est question d'une fillette de sept ans qui, dans un mouvement brusque, laissa pénétrer dans sa trachée une sorte de petit fruit nommé pignon qu'elle tenait dans la bouche. Le doigt appliqué au-devant du cou percevait les mouvements de déplacement des corps étrangers et l'examen laryngoscopique permettait de l'apercevoir au-dessous de la glotte. La trachéotomie ayant été pratiquée, on dut encore introduire une pince jusqu'au voisinage de la bifurcation trachéale pour extraire le corps du délit. L'enfant guérit malgré un accès de pneumonie lobaire droite qui se montra trois jours après l'opération.

Le deuxième fait tient du merveilleux : un homme de 33 ans est amené au professeur Massei, crachant le sang depuis quinze jours et considéré comme phthisique. La maladie s'était déclarée à la suite de l'ingestion d'une certaine quantité d'eau de mare. Le miroir laryngé montre une sangsue à cheval sur le ligament aryéno-épiglottique droit et qui, d'après le dire du malade, avait dû élire domicile dans le vestibule du larynx où rien ne manquait à son bien-être. Son extraction fut opérée séance tenante.

Le sujet de la 3^e observation est une petite fille de 7 ans considérée comme atteinte de croup et sur la quelle l'examen laryngoscopique révèle la présence d'une arête de poisson implantée dans la paroi trachéale. Ce fut également le miroir laryngé qui, dans l'observation IV, permit de constater chez un enfant l'existence d'une graine de citrouille enfoncée par son extrémité aiguë. Dans l'observation V, nous voyons un jeune ingénieur ayant présenté des manifestations syphilitiques être pris d'une sténose laryngée de nature spécifique. La médication iodurée ayant été sans bénéfices, on se décida tardivement à la trachéotomie. Le malade succomba cependant quelques temps après et l'autopsie révéla la présence d'un morceau d'os de bœuf implanté au-dessous des cordes vocales et dont le malade semblait n'avoir jamais soupçonné l'introduction dans les voies aériennes.

Dans l'observation VI une dame de 50 ans se plaint d'un enrouement qu'elle croit d'origine catarrhale. Le miroir laryngien montre simplement la corde droite œdématiée. La trachéotomie ayant été pratiquée ultérieurement, un morceau de fémur de poulet fut éliminé par la canule.

Dans l'observation VII, un enfant de 6 ans laisse pénétrer dans sa

trachée un noyau de cerise qui est ultérieurement expulsé spontanément grâce à la position renversée donnée à la partie supérieure du corps.

L'enfant de 28 mois qui fait le sujet de la 8^e observation avale de travers un grain de café. Après de vaines tentatives de renversement du corps, la trachéotomie est pratiquée in extremis, mais déjà le corps étranger était immobilisé en quelque point des voies aériennes subjacentes à la bifurcation trachéale et la mort survient en dépit de toutes les tentatives d'extractions faites par la plaie trachéale.

L'observation IX concerne une jeune couturière qui avala par mégarde une épingle. Le miroir permit de la voir implantée à la base de l'aryténoïde droit et de l'extraire facilement.

Le fait X est propre au professeur Massei qui raconte avoir dans son enfance avalé une épingle avec laquelle il se curait les dents. La nuit suivante survint tout à coup une secousse de toux qui en détermina l'expulsion.

Enfin la dernière observation est un exemple d'enkystement d'un morceau de bois dans la paroi antérieure de la trachée, au-dessous de la commissure des cordes vocales.

De ces faits variés et instructifs le professeur Massei tire un certain nombre de conclusions pratiques. Il insiste notamment sur la facilité avec laquelle l'examen laryngoscopique peut être pratiqué chez des sujets de tout âge dont la respiration est gênée par la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes. Le large écartement des cordes vocales qui se produit en pareil cas nous permet généralement l'inspection de la trachée, même chez les enfants.

Comme moyen curatif, l'auteur se montre partisan de la position renversée, accompagnée de petits coups sur le dos, dans les cas où le corps étranger est mobile. Mais ce moyen est loin de réussir toujours, les cordes vocales se rapprochant spasmodiquement, au moindre contact du corps étranger avec leur face inférieure ; aussi pense-t-il que la trachéotomie doit être considérée comme le seul moyen curatif, dans la majorité des cas, et il conseille de ne pas y recourir tardivement, afin d'éviter soit l'enclavement secondaire du corps étranger, soit le développement de complications inflammatoires secondaires.

LUC.

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine, par M. le D^r DUBOIS-QUET-DUBORDÈRE.

L'antipyrine, d'après l'auteur, agirait efficacement contre les trois éléments de la coqueluche, le catarrhe, la spécificité, l'élément nerveux. Sur

94 cas, 71 fois il a obtenu de bons résultats, car la durée de la maladie n'a pas dépassé dix-huit à vingt-cinq jours, au lieu de quarante à quarante-cinq jours. Il n'y a jamais eu d'accidents ; deux fois seulement une légère éruption. Jusqu'à un an, il prescrit de 0,30 centig. à 1 gramme ; chez les enfants plus âgés, de 2 à 4 grammes. M. N.

Rétrécissement syphilitique du larynx.

Il s'agit d'un malade qui, trachéotomisé pour une sténose laryngée, a été progressivement dilaté et guéri par M. Gouguenheim. M. Berger qui présente ce malade se propose de fermer la fistule trachéale qui n'est plus d'aucune utilité.

Beitrag zur histologie der Stimmband-polipen. (Contribution à l'histologie des polypes des cordes vocales), par le Dr A. KANTHACK. In *Monatschr. f. Ohr.*, 1888, n° 9, p. 201.

Éliminant les papillomes du cadre de son étude, l'auteur entend s'occuper exclusivement des tumeurs conjonctives bénignes ou nodules des chanteurs et des polypes, à proprement parler.

Il a eu trois fois l'occasion d'examiner histologiquement des nodules de chanteurs et ces trois examens ont donné des résultats différents : dans le premier cas, il a trouvé une hyperplasie simple portant sur l'épithélium et les éléments élastiques et fibreux, sous-jacents ; dans le second, la lésion dominante était la transformation cornée de l'épithélium qui s'enfonçant dans la profondeur de la muqueuse rappelait la disposition de l'épiderme, dans les cors ; enfin le 3^e cas était caractérisé par l'hyperplasie, avec état corné de l'épithélium et la dégénérescence mucoïde du tissu fibreux.

Quant aux polypes à proprement parler que l'auteur a eu l'occasion d'examiner, les uns ont offert le type de fibrome vrai formé d'éléments conjonctifs et élastiques, les autres étaient des myxo-fibromes. D'après Kanthack la plupart des myxomes des cordes vocales décrits par certains auteurs appartiendraient à cette dernière catégorie. Parfois le tissu muqueux subit une sorte de liquéfaction qui aboutit à la formation de kystes ; en revanche l'auteur n'a jamais rencontré d'éléments glandulaires dans ses examens et ne croit pas, par suite, à l'origine glandulaire des kystes des cordes vocales.

LUC.

Gout in the throat. (*La goutte dans la gorge*), par sir MORELL MAC-KENSIE. In *The Journ. of Laryng.*, août 1889.

Ce travail se compose de quatre observations succinctes que l'auteur considère comme des exemples de manifestations gouteuses dans le pharynx et le larynx.

Le premier malade, un homme de quarante-cinq ans, présenta, à la suite d'un refroidissement, un gonflement œdémateux de la luette qui céda pour faire place à un accès franc de goutte au gros orteil.

Le second était un gouteux de longue date affecté simultanément de gonflement de la luette et des piliers postérieurs.

La troisième malade, une dame de 41 ans, fille et petite-fille de gouteux, offrant elle-même un tophus au lobule de l'oreille gauche, présentait, au niveau de la saillie cartilagineuse de la corde vocale droite, une saillie rappelant l'éperon de certaines cloisons nasales, dure au contact et qui résista aux tentatives faites pour l'extraire.

Enfin, chez le quatrième sujet, la localisation laryngée de la goutte se serait manifestée par une ulcération fongueuse occupant la bandelette ventriculaire gauche et offrant la plus grande analogie d'aspect avec une ulcération cancéreuse. La médication antisiphilitique étant demeurée sans effets, le malade guérit à la suite d'une saison à Wiesbaden.

L'auteur ne nous dit pas sur quels arguments s'appuyait le diagnostic *goutte*, dans ce dernier fait.

LUC.

A case of fracture of the larynx with succesful termination. (*Un cas de fracture du larynx avec terminaison heureuse*), par le Dr ALFRED SOKOLOWSKI. In *Journ. of Laryng.*, 1889, septembre, p. 367.

L'accident en question se produisit chez une jeune fille de 20 ans dont le tablier lié autour du cou fut saisi par une machine à moissonner.

Bientôt se manifestèrent de la toux accompagnée d'expectoration sanguinolente, de la dyspnée, de la raucité de la voix et du gonflement du cou. La palpation du larynx révélait un sillon longitudinal sur le côté gauche du cartilage thyroïde et, pratiquée plus profondément, donnait lieu à de la douleur et à une crépitation très nette.

Quant à l'examen laryngoscopique, il permettait de constater la présence de deux gros bourrelets rouges, correspondant aux bandelettes ventriculaires, se rejoignant presque sur la ligne médiane et laissant à peine apercevoir les cordes vocales. On supposa que ces bourrelets étaient

formés par le bord supérieur des deux ailes du cartilage thyroïde fracturé et déjeté vers l'intérieur du larynx. En outre, les aryténoïdes et les cartilages de Santorini étaient séparés par un intervalle beaucoup plus grand que dans les conditions normales, en sorte que les replis aryténo-épiglottiques offraient une direction parallèle l'un à l'autre. Au-dessous des aryténoïdes, la paroi postérieure du larynx était comme déprimée et présentait un aspect inexplicable.

La dyspnée de la malade ayant rendu la trachéotomie urgente, on tomba après l'incision de la peau, pratiquée à partir de l'angle inférieur du thyroïde, sur un espace vide résultant de l'écrasement du cricoïde et de la portion inférieure du thyroïde et l'on pénétra d'emblée dans le larynx. On se trouvait donc en même temps que la trachéotomie projetée, avoir exécuté une laryngo-fissure. Ultérieurement, la partie supérieure du thyroïde fut incisée sur la ligne médiane, afin de permettre une exploration complète de la cavité laryngée.

On constata ainsi que, au-dessous des aryténoïdes, ce que l'on avait pris pour la muqueuse laryngée n'était autre chose que la muqueuse pharyngée, la portion postérieure du cricoïde ayant été aussi fracturée et éliminée.

Effectivement des fragments de cartilage avaient été expulsés, au moment de la trachéotomie et les jours suivants.

La jeune fille guérit, mais dut garder sa canule trachéale.

A la suite de cette intéressante observation, l'auteur présente une description générale des fractures du larynx à laquelle nous renvoyons d'autant plus volontiers le lecteur qu'il y trouvera un exposé complet de l'histoire de la question.

LUC.

Cure of the falsetto voice. (Guérison de la voix de fausset), par J. C.

MULHALL. *Americ. Jour. of med. scienc.*, août 1889, p. 148: -

Chez certains sujets, la voix de fausset au lieu de disparaître, au moment de la puberté, pour faire place au registre viril, persisterait d'une façon anormale.

L'auteur a observé trois cas de cette anomalie. Dans ces conditions, les sujets peuvent bien virtuellement émettre des sons graves, et la preuve c'est que le rire se produit chez eux dans une tonalité basse, faisant contraste avec les sons aigus de leur parler. Il s'agirait donc là d'une habitude vicieuse consistant dans une tension exagérée des muscles thyro-aryténoïdiens. L'auteur ayant effectivement pratiqué l'examen laryngoscopi-

que, avant et après la guérison, constata que l'ellipse glottique se montrait beaucoup plus étroite dans le premier cas que dans le second.

Le traitement de semblables désordres par la faradisation est donc un non sens. On obtient au contraire la guérison en assurant au malade que son appareil vocal est bien conformé pour la phonation grave et en l'invitant à imiter les sons du registre inférieur que l'on émet devant lui. Cette imitation réussit généralement de suite, au prix d'un certain effort d'attention, puis l'exercice étant répété méthodiquement les jours suivants, le malade prend peu à peu l'habitude de sa nouvelle voix et perd en même temps la possibilité de s'exprimer en voix de fausset.

En regard de ces faits, l'auteur cite des cas tout opposés, également observés par lui, de parésie des thyro-aryténoïdiens, survenue chez deux jeunes gens pubères consécutivement à un abus des sons élevés.

Chez ces sujets l'inertie des muscles en question s'accusait subjectivement par une voix grasse et sourde, par l'impossibilité de tenir le son et objectivement par une largeur anormale de l'ellipse glottique.

LUC.

Les centres respiratoires, leurs relations avec le larynx. — Les racines bulbaires des nerfs laryngés. Communication à la Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, par GROSSMANN, d'après le compte rendu du *Bulletin médical*, 1889, n° 101, p. 1571.

Grossmann pratiquant des sections transversales à diverses hauteurs de la moelle allongée, chez les lapins, est arrivé aux résultats suivants :

Une section faite immédiatement au-dessous du bec du calamus scriptorius amène rapidement la cessation de la respiration et la mort. La mort se produit également, si l'on pratique la respiration artificielle.

Le même résultat est obtenu par toute section portant sur la moitié inférieure du bulbe et tranchant par conséquent les noyaux d'origine des pneumogastriques, ou par deux sections simultanées, dont l'une isole supérieurement le noyau du vague de celui du facial et l'autre inférieurement le noyau du facial de celui du phrénique. L'isolement des trois centres les uns des autres est donc incompatible avec tout mouvement respiratoire. En revanche Schiff avait vu des mouvements respiratoires persister après l'ablation du nœud vital, sans section complète du bulbe et par conséquent avec persistance des fibres d'union entre les trois noyaux.

Grossmann a obtenu des résultats intéressants par des sections trans-

versales portant à une distance plus grande du nœud vital, soit au-dessus soit au-dessous de lui.

Dans le premier cas, quand la moelle allongée était tranchée au-dessus du milieu du 4^e ventricule, il constatait la persistance des mouvements respiratoires du thorax, mais la cessation des battements des ailes du nez. Quant aux cordes vocales, elles continuaient de se contracter, mais à faux. Ces troubles ne se produisaient pas, si la section portait plus haut, au niveau des tubercules quadrijumeaux.

L'auteur en conclut à l'existence d'un centre respiratoire nasal, correspondant à la moitié supérieure du plancher du 4^e ventricule.

Si la section porte sur la moelle au-dessous du bec du calamus, dans une région s'étendant de ce point jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale, on supprime les mouvements thoraciques, mais les mouvements respiratoires du nez et du larynx continuent.

Au-dessous de la cinquième vertèbre, la section de la moelle ne détermine plus aucun trouble circulatoire.

Grossmann nous fournit en outre des renseignements curieux sur le rôle des diverses racines bulbo-médullaires d'où naissent les 3 nerfs laryngés (supérieur, externe, inférieur).

Chez le lapin, les racines originaires du spinal, au nombre d'une quinzaine, sont réparties en trois groupes, un supérieur, un moyen et un inférieur: La section du groupe supérieur abolit à la fois les fonctions du laryngé supérieur et du laryngé externe; celle du groupe moyen supprime l'action du récurrent; celle du groupe inférieur est sans retentissement sur le larynx, mais détermine la paralysie des mouvements respiratoires des muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que la section isolée de telle ou telle racine des groupes moyen et supérieur occasionne la paralysie isolée de tel ou tel muscle du larynx.

LUC.

Du mode de développement des ulcérations tuberculeuses du larynx et du rôle des bacilles dans ce processus, par P. P. KORKUNOW.
(*Deutsch. Archiv. f. Klin. Med.* Bd XLV, Heft 1, nd 2.)

Il résulte des recherches de l'auteur que l'on peut rencontrer dans les couches sous-épithéliales du larynx et parfois assez profondément, des tubercules au-dessus desquels l'épithélium se montre complètement intact. On trouve toujours des bacilles, non seulement dans les tubercules eux-mêmes, mais aussi dans la zone infiltrée qui les entoure. En revan-

che l'auteur n'a jamais découvert de bacilles dans l'épithélium ou dans la couche séparant l'épithélium du tubercule, au moins dans la phase initiale du développement de ce dernier. Peu à peu la couche sous-épithéliale disparaît et le tubercule arrive au contact de l'épithélium. Alors des lacunes apparaissent entre les cellules de ce dernier, dans lesquelles se montrent des leucocytes et des bacilles. Ces lacunes ne seraient que des espaces lymphatiques anormalement élargis. Sous l'influence de ces modifications, l'épithélium souffre dans sa nutrition et subit un travail de mortification qui, débutant par les parties superficielles, finit par gagner ses couches les plus profondes et aboutit à sa desquamation. Le même travail d'élargissement des espaces intercellulaires, avec pénétration secondaire de leucocytes et de bacilles, se poursuivant au niveau des bords de l'érosion épithéliale ainsi formée, préside à l'extension de l'ulcère en longueur.

Tout ce qui précède s'applique à l'épithélium pavimenteux. Quant à l'épithélium cylindrique, en raison de sa moindre résistance, il se détacherait au niveau des infiltrats tuberculeux, sans avoir le temps d'être infiltré par des bacilles.

L'auteur conclut de ces particularités que le développement des ulcérations tuberculeuses du larynx ne résulte pas de la pénétration dans la muqueuse de bacilles contenus dans les crachats, mais est consécutif à l'apport des mêmes germes dans la profondeur de la muqueuse par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

LUC.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par L. G. RICHELOT. *Union méd.*, 1890, n° 12, p. 133.

Éloquent plaidoyer en faveur de cette opération qui, chez l'adulte, devra être sans hésitation préférée à la trachéotomie toutes les fois que l'obstacle à la pénétration de l'air dans les voies aériennes sera suffisamment élevé. D'après Richelot la laryngotomie offrirait sur la trachéotomie la série des avantages suivants : elle serait beaucoup plus facile à pratiquer (le bistouri ne rencontrant entre la peau et la membrane crico-thyroïdienne, qu'une simple couche de tissu cellulaire, elle pourrait par conséquent être exécutée plus rapidement, sans qu'il soit besoin d'étendre fortement la tête en arrière, de s'entourer d'aides et de se préoccuper de l'hémostase.

Richelot cite à l'appui de sa thèse l'exemple d'un malade qui asphyxiait par suite de l'ouverture d'un abcès dans le larynx et chez lequel il n'y avait pas une minute à perdre. Il put dans ce cas terminer l'opération en

quelques secondes sans qu'aucune goutte de sang eût souillé la chemise du malade.

Nous admettons très volontiers avec M. Richelot que la laryngotomie est plus facile et moins dangereuse que la trachéotomie; mais ce qu'il avance au sujet de l'absence complète d'écoulement de sang ne nous paraît pas devoir être trop généralisé, car au cours d'une opération semblable exécutée dernièrement en notre présence, nous vîmes l'opérateur avoir à pincer quatre veinules et une artériole avant d'introduire sa canule et plusieurs des aides furent éclaboussés de sang. LUC.

Zur pathologie der tracheo- und broncho-stenose. (Contribution à l'étude des sténoses trachéo-bronchiques), par le Dr LANDGRAF, in *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1890, n° 3, p. 43.

Ce travail est un exposé très complet des diverses variétés de sténose des voies aériennes et des difficultés que l'on peut éprouver à en diagnostiquer la nature et le siège.

Nous y relevons deux observations qui méritent d'être signalées.

La première établit la possibilité de strictures superposées, les supérieures masquant les inférieures. Il s'agit d'un homme de 46 ans qui dix ans après avoir contracté un chancre, commença à éprouver des manifestations syphilitiques diverses qui cédèrent à la médication iodurée. Neuf ans plus tard, apparition des symptômes laryngés, dysphonie, tirage, etc. Le laryngoscope révèle des lésions multiples: adhérence de l'épiglotte à la paroi pharyngienne, dislocation de l'aryténoïde gauche, cordes vocales s'écartant mal et laissant toutefois entrevoir dans leur intervalle une masse d'aspect charnu qui oblitérait la région sous-glottique.

Quelque temps après survint un accès de suffocation à la suite duquel on constata une diminution du murmure vésiculaire dans la portion inférieure du poumon droit.

Le malade ayant succombé ultérieurement, on trouva à l'autopsie un rétrécissement sous-glottique s'étendant jusqu'au premier cerceau trachéal. En outre, toute une moitié du cartilage cricoïde manquait et fut retrouvée, sous forme de débris putréfié, dans une des bronches droites qu'elle oblitérait en partie.

La seconde observation se rapporte à un homme de 31 ans qui présentait, outre les symptômes d'une paralysie laryngée hystérique, tous les signes d'une sténose trachéale ou bronchique (dyspnée, tirage, cornage), ces symptômes disparurent à la suite d'un cathétérisme de la trachée et de chacune des deux grosses branches, pratiqué à la faveur de la cocaïni-

sation du larynx et de la trachée. Ils avaient d'ailleurs présenté des oscillations qui excluaient l'hypothèse d'une sténose organique. D'autre part le laryngoscope ayant montré le larynx parfaitement perméable, l'auteur conclut à un spasme des éléments musculaires trachéo-bronchiques qui aurait cédé à l'excitation locale produite par le cathétérisme.

LUC.

Ein Instrument zur Operation subglottischer tumoren. (**Un instrument pour l'opération des tumeurs subglottiques**), par J. SCHEINMANN, in *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1890, n° 3, p. 51.

L'instrument en question, construit par Windler de Berlin, consiste en une pince laryngienne coupante, offrant cette particularité que l'extrémité coupante de chaque branche est recourbée à angle mousse à droite ou à gauche de la tige, sur une longueur de 4 millim. Cette disposition offrirait l'avantage de ne pas masquer à la vue le champ opératoire qui se trouve ainsi sur le côté de la tige de l'instrument. Cet instrument se prêterait tout spécialement, après une anesthésie locale suffisante, à l'extirpation radicale des tumeurs et notamment des papillomes sous-glottiques, à l'ablation des néoplasmes implantés sur la face inférieure des cordes vocales et aussi à l'excision des nodules des chanteurs.

Une figure est annexée au texte.

LUC.

III. — RÉGION CERVICALE

Altération de la glande sous-maxillaire après lithiase salivaire.

M. BERGER signale l'observation d'un homme âgé de 50 ans qui, depuis cinq ou six ans, portait une tumeur à la région sus-hyoïdienne droite. Cette tumeur dont le volume reste stationnaire, est devenue très dure depuis un an ; elle est en outre, au moment des repas, le siège d'élancements douloureux. M. Berger avait diagnostiqué un volumineux calcul, mais après extirpation, il s'aperçut qu'il s'agissait surtout d'une induration fibreuse consécutive à la sclérose ; le calcul était relativement petit.

Ces tumeurs doivent être enlevées, car les glandes n'ont plus aucun rôle physiologique. En outre, au moment de l'extirpation, il faudra se tenir en garde contre la méprise possible qui consiste à prendre ce genre de tumeur pour des tumeurs malignes à cause de l'induration qu'elles présentent.

IV. — PREMIÈRES VOIES DIGESTIVES

Épithélioma du plancher buccal, par M. le professeur RICHET. *Gaz. des hôp.*, p. 759.

Un homme de 61 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels avait constaté quatre ou cinq mois auparavant, une certaine difficulté à manger, s'accompagnant de douleur au-dessous de la langue quand il ingérait des aliments salés. A son arrivée à l'hôpital, la langue était immobilisée dans la bouche; sur la face de cet organe et à son extrémité antérieure, deux bosselures nettement limitées en occupent toute l'épaisseur. L'immobilité de la langue s'expliquait par l'existence d'un ulcère fissural demi-circulaire situé dans le fond du sillon sous-lingual. Cet ulcère et le fond sur lequel il reposait étaient totalement indurés; l'induration bien limitée autorisait une intervention chirurgicale. M. Richet, étant donné le siège du mal, prétend qu'il a dû débiter par la glande sublinguale.

Il s'agit là d'un épithélioma à marche centripète, dont l'extirpation sera pratiquée en deux temps; résection du maxillaire inférieur et ligature extemporanée.

N.

BIBLIOGRAPHIE

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales (1), par le professeur SIMON DUPLAY.

Comme le dit l'auteur, dans son introduction, ce livre dénué de tout intérêt scientifique n'a d'autre prétention que d'initier les praticiens aux données élémentaires de la pratique de la rhinologie et de l'otologie.

Nous y trouvons effectivement exposées, sous une forme concise et avec une grande clarté, les règles qui doivent présider à l'examen méthodique des fosses nasales et de l'appareil auditif. La première partie du manuel est consacrée aux oreilles, la seconde aux fosses nasales.

Dans la partie otologique de l'ouvrage, l'auteur traite successivement des diverses méthodes d'exploration du conduit auditif externe et de la membrane tympanique, de l'examen de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache, de l'exploration de l'état de la fonction auditive.

(1) Chez Asselin et Houzeau. Paris, 1889.

Ces différentes questions forment un premier chapitre.

Un second chapitre est consacré aux principaux moyens de traitement des maladies des oreilles, applicables par le conduit auditif externe (injections, instillations, fumigations, insufflations, attouchements directs), ou par la voie de la trompe d'Enstache (fumigations, injections de liquides médicamenteux). A propos des injections dans le conduit auditif externe, l'auteur nous donne la description d'un appareil imaginé par lui et permettant au premier venu d'effectuer cette petite opération sans inconvénients pour le malade.

Le cadre de la deuxième partie du livre est identique au premier. Un premier chapitre est consacré aux éléments d'exploration des fosses nasales et de diagnostic de leurs affections (rhinoscopie antérieure et postérieure, examen par le toucher). Le second chapitre énumère les principaux moyens de traitement, sans omettre les procédés d'anesthésie locale dus à la découverte de la cocaïne et qui ont, dans le domaine de la rhinologie plus que dans tout autre, rendu de si importants services.

Il serait puéril, à notre sens, d'adresser au savant auteur du *Traité de pathologie externe* le reproche d'avoir écrit ici un livre incomplet. C'est évidemment de parti pris que le professeur Duplay a donné à son manuel les limites les plus restreintes.

Ce livre est en effet destiné non aux spécialistes, mais aux médecins adonnés à la pratique générale de la médecine et, pour qu'il remplit bien son but, il importait qu'il renfermât des règles peu nombreuses, mais précises et répondant aux besoins journaliers de la pratique.

Ce programme nous paraît avoir été excellemment rempli et nous ne doutons ni du succès du livre ni de l'intérêt qu'y trouveront les médecins désireux de s'initier aux éléments essentiels de la rhinologie et de l'otologie.

LUC.

VARIÉTÉS

A partir du mois de mars, le D^r LUC donnera ses consultations à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, pour les affections du larynx, du nez et des oreilles, les lundis et vendredis, de 5 h. à 6 h. du soir.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

NÉCROLOGIE

M. LE PROFESSEUR U. TRÉLAT

M. le professeur Trélat a succombé le 28 mars à une pneumonie qui l'a enlevé en quelques jours, dans la pleine maturité de son talent, à l'âge de 61 ans. Depuis bien des années il souffrait d'une bronchite chronique, mais cette affection ne semblait avoir eu aucun retentissement fâcheux sur sa robuste constitution. Il était plein de vigueur physique et intellectuelle, et son caractère, qu'on a accusé bien injustement d'aigreur et d'âpreté, était toujours resté plein de jeunesse et d'entrain.

Ceux qui l'ont bien connu savent que sous une enveloppe un peu rude, dont une brusquerie apparente exagérait encore l'aspect légèrement anguleux, il cachait beaucoup de bienveillance et de bonté, alliées à une modestie de bon aloi. Dès qu'on l'avait approché, on était tout d'abord séduit par l'étendue de son savoir, la sûreté de son jugement et l'ampleur de ses vues ; émerveillé de son talent chirurgical et de la richesse inappréciable de son enseignement ; charmé de voir cet homme ne jamais abuser de l'autorité que lui conférait sa haute situation scientifique, de ne jamais l'entendre rien condamner sans examen, de le trouver toujours prêt à accepter et à défendre, d'où qu'elle vint, une vérité

nouvelle. Enfin, lorsqu'on avait pu pénétrer quelque peu dans son intimité, on se sentait bientôt invinciblement attiré vers lui. On voyait que ce savant était doublé d'un artiste ; cet esprit si clair, à idées si précises, était curieux de toutes choses, et joignait à une culture aussi étendue que variée une originalité saisissante. Jamais banal, souvent spirituel, fantaisiste à ses heures, l'éminent chirurgien était un causeur incomparable ; et qu'il parlât pathologie ou hygiène publique, art ou littérature, il captivait toujours ceux qui l'écoutaient. Sa remarquable intelligence était d'ailleurs servie par un excellent cœur. Dévoué à ses élèves, qu'il ne perdait pas de vue et dont il suivait la carrière avec une bienveillante sollicitude, il ne marchandait pas plus son appui à ceux qu'il savait supérieurs aux autres, que son indulgence à ces derniers, n'exigeant d'eux, avec l'amour du travail, que la sincérité et la franchise. Cette loyauté qu'il appréciait tant chez les autres, il la possédait lui-même à un haut degré : jamais il n'a hésité à reconnaître une erreur lorsqu'il lui est arrivé d'en commettre, exemple d'autant plus honorable qu'il venait de plus haut.

Pour nous, qui avons suivi régulièrement son enseignement pendant trois années, qui depuis douze ans n'avons pas cessé d'aller, le plus souvent possible, écouter ses leçons et rechercher ses conseils, nous n'oublierons jamais l'affectueux intérêt qu'il nous a si souvent témoigné, non plus que les encouragements et l'appui qu'il nous a donnés lors de la fondation de ce journal. Comme tous les esprits vraiment larges, le professeur Trélat était épris du progrès sous toutes ses formes ; il suivait avec intérêt le développement de la laryngologie, et ses mémoires sur les divisions palatines, les polypes naso-pharyngiens, les rétrécissements du larynx, etc., suffirent à montrer qu'il y avait contribué pour sa part.

Nous n'avons pas à rappeler ici son œuvre scientifique, qui est considérable. Depuis plusieurs années, il songeait à la réunir en quelques volumes de *Clinique chirurgicale*, à l'exemple de Gosselin, et cette idée était sur le point d'être

réalisée. La dernière fois que nous avons l'honneur de le rencontrer, quelques semaines avant sa mort, il nous parlait encore de ce projet depuis longtemps caressé, nous exposait le plan qu'il voulait suivre, et nous confiait même les noms de ceux de ses élèves dont il songeait à s'assurer la collaboration pour mener rapidement son travail à bonne fin. La mort n'attend pas. Aveugle et brutale, elle l'a frappé sans lui laisser le temps de couronner sa carrière scientifique en édifiant une œuvre où il eût condensé les résultats de sa vaste expérience. Mais ses travaux, bien qu'ils soient pour la plupart disséminés dans les recueils périodiques de ces trente dernières années, ne lui survivront pas moins; et les traditions même de son enseignement ne seront pas perdues, car il nous a laissé, imprégnée de ses idées, une pléiade de disciples dont plusieurs sont déjà des maîtres. Ils ne le feront pas oublier, mais ils sauront le faire revivre.

A. RUULT.

CLINIQUE DE LARYNGOLOGIE

Dirigée par M. le professeur F. MASSEI.

LABORATOIRE DE LA DEUXIÈME CLINIQUE MÉDICALE

Dirigée par M. le professeur H. de RENZI.

SUR LA NATURE DE L'OZÈNE

RECHERCHES HISTORIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES

De M. le Dr **S. Marano**, assistant de la clinique de laryngologie à Naples.

Le but que je me suis proposé est d'apprécier sans préventions tout ce que l'on a dit sur l'étiologie de cette forme pathologique, plus importante au point de vue social et hygiénique, qu'à celui de la médecine, puisqu'en effet l'ozène n'est pas capable à lui seul de produire la mort de l'individu qui en

est atteint. Mais le médecin ne doit pas s'occuper seulement de l'étude des maladies qui peuvent compromettre l'existence, mais de celles encore qui déforment, altèrent, ou corrompent quelque partie de l'organisme. C'est au médecin d'apprécier justement, et tant qu'il est dans ses moyens de guérir, de soulager toutes ces manifestations qui défigurent le malade, le rendent odieux à lui-même et aux autres en l'obligeant à s'écarter de tout commerce social.

Et c'est précisément dans cette catégorie d'infirmités que l'ozène entre de droit. Les nombreuses monographies et les recherches qu'on a faites à ce sujet témoignent de l'intérêt qu'a éveillé ce catarrhe de la muqueuse nasale, du larynx et de la trachée (1). La littérature médicale de chaque pays pourrait fournir un nombre bien important d'études, de recherches, de théories et de remèdes employés à en expliquer l'origine et à en indiquer les moyens thérapeutiques. Anciens et modernes y apportèrent leurs contributions, différentes dans la conception, dans la forme, dans le but et dans le temps.

Sans m'écarter des limites modestes que je me suis imposées et sans m'assujettir à un travail supérieur à mes forces, je dirai le peu qui suffit pour résumer l'histoire de cette affection nasale pharyngienne, laryngo-trachéale, d'autant plus que ce n'est pas là le seul but de mon travail.

† L'ozène était bien connu des anciens (2). D'après Galeno il était rangé parmi les affections ulcéreuses, causées par des *umori acri* et *putrescibili* et par corruption des os (3). L'arabe *Theizir Abyngoar* dont *Averrois* recueillit les

(1) D'après les études de MM. Baginsky, Fraenkel, Luc, Massei il n'est plus possible de douter de l'existence de l'ozène laryngien et laryngo-trachéal.

(2) Quelques-uns prétendent que le mot *ozène* tire son origine de ὀζειν: presque *male olentia*. D'autres de ὀζειν, qui signifie sentir; d'autres encore de ὀζω je sens, ou, à peu de chose près, je sens mauvais.

(3) Ex genere vero ulcerum ozaenae... quae ex humorem acrium et putrescibilium influxu generantur..., dirimit etiam ossa corrupta.

ouvrages le faisait provenir de *ritenzione* et *concrezione di umore putrido* (1), et du même avis étaient Hippocrate (2), Trincavelli (3), et Morgagni ; ce dernier ne pouvant s'expliquer comment cette odeur mauvaise, pouvait survenir sans fièvre, le nomma *saniem ozænarum*.

Dans la littérature médicale du siècle passé, on trouve une confusion générale, au milieu de laquelle la punaisie fut considérée à la fois comme entité étiologique et pathologique et les auteurs, pour se comprendre, joignirent au mot *ozène* divers qualificatifs ; et c'est ainsi qu'on parla d'*ozène vénérien*, *syphilitique*, *scrofuleux*, *nerveux*, et même de *ozena catarrhale pertinace* (Spitta), *ozena carcinomatoso* (Brisbane) et de *ozena sarcomatoso* (Lanza).

Quoique la question s'agitât dans ces limites, tout le monde

(1) *Haec aegritudo naribus procreatur ex humore putrido congregato et retento ibidem quare impossibile est foetorem removeri donec humor praedictus totaliter expellat. Et non accidit haec aegritudo pro majori parte nisi habentibus nasum sinum : quorum nares superius arcte existunt, etc.*

(2) *Foetor narium non accidit nisi huntibus nasum sinum et superius strictum.*

(3) « *Primam ab solutam continuitatem pertinet, et ad ulcerum genus : quae triplex esse potest, nam prima continet ulcera difficilia, et corrosiva : altera etiam compectitur corrosiva, et maligna simul ulcera : sed tertia illis addit aliam conditionem, nempe putride..... alterum genus pertinet ad tumores praeter naturam : est enim carneus quidam tumor, substantia carnea, sed molli constans, in interiori meatu accrescens, etc..... Ulcera ergo, quae interius in meatibus narium suum habent ortum, et illum quidem spontaneum non autem ab obliqua externa causa, sicut sunt incisio, vel corrosio facta vi aliqujus medicamenti : eandem habent ortus rationem, quam etiam habent ulcera, quae sponte excitantur in aliis corporis particulis : nempe a fluxione aerium humorum mordentium, et erodentium partes, per quas feruntur. Humores vero hi, qui defluunt si acres quidem solum fuerit, neque acrimoniae putredo accesserit, ulcera efficiunt, quae curatu difficilia fiunt. Foetor enim semper in animantium corporibus signum est, et affectus putredinis. Horum autem vitiosorum humorum fluxio a capite, aut semper, aut plerumque originem habet : nam ibi ex aliquo contracto vitio in particulis ad ipsum caput attinentibus gignuntur ; quod vitium et proprium plerumque capitis est : quamvis et fomentum interdum habere possit ab aliis partibus. Sunt autem humores, cum acrimoniae sunt participes calidi per putredine. »*

cherchait à donner au processus des caractères anatomiques, en le dégageant de la dénomination symptomatologique. C'est dans cette période, qu'on pourrait dire moyenne, que l'ulcère fut le bouc émissaire, immolé sur l'autel de la science.

Il suffira de lire quelques définitions des plus grands savants du commencement de notre siècle, comme par exemple, Frank, Boyer, Lagneau, Monteggia, Capobianco, Cazenave, Puccinotti, Ransi et même du grand professeur Trousseau (1).

Toutefois de temps à autre il y eut quelqu'un qui crut que l'ozène pouvait exister sans ulcère, mais Tillot fut le premier qui proclama cette vérité.

Et lorsque la rhinoscopie rendit plus précises les observations, le concept anatomo-pathologique fut appuyé sur des faits. Et dans cette période contemporaine les théories se multiplièrent et l'emportèrent tour à tour les unes sur les autres.

M. Zaufal parla de l'ozène comme d'une maladie qui a sa source dans une disposition particulière du squelette des fosses nasales; il pensait que l'atrophie des cornets, en pro-

(1) En effet Frank nomme l'ozène « un ulcera sordida delle narici, esito di male o d'infiammazione violenta, o indoteto da un acre virulento, o da qualunque stimolo ». Boyer appelle l'ozène « l'ulcera fetida delle narici, dalla quale non fluisce alcuna materia ». Lagneau appelle ozène « le ulcerazioni od altre affezioni nasali, che esalavano odore fetidissimo ». Monteggia donne cette définition : « ozena chiamasi un'ulcera cronica dell'interno del naso tramandante gran fetore e materia putrida, congiunta sovente a carie delle ossa, con depressione o anche erosione. Quest'ulcera suol essere effetto di lue venerea o di vizio scrofoloso ». Capobianco croyait que l'ozène était : « l'ulcera consecutiva a suppurazione per flogosi delle cartilagine e delle ossa in individui sifilitici o scrofolosi, soprattutto per cazioni traumatiche. Et du même avis sont Cazenave, Trousseau et Ransi. Enfin Puccinotti, traitant de la scrofule dit : « La mucosa pituitaria oltre al separare, etc., si esulcera e genera l'ozena con profluvio d'icore fetente, le sottili laminette delle ossa nasali si denudano, si necrosano : il puzzo nasce della decomposizione della stanza ossea. »

duisant l'élargissement des fosses, causait un ralentissement du courant d'air, d'où le desséchement et la stagnation des croûtes dans ces cavités. Cependant la déformation du squelette serait toujours primitive et congénitale.

M. Gottstein sur la même question exposa l'opinion que la maladie est une manifestation constante de la rhinite chronique poussée jusqu'à l'atrophie de la muqueuse. Consécutivement à la diminution des follicules glandulaires, la sécrétion serait diminuée et altérée et par son séjour dans les fosses nasales deviendrait fétide. M. Gottstein a eu occasion de faire l'autopsie d'un individu affecté d'ozène, dans la muqueuse duquel il put constater des tractus fibreux plus ou moins longs avec atrophie des glandes correspondantes. Par exclusion donc il admit une altération sécrétoire, puisqu'il ne constatait ni pertes de substance, ni nécroses osseuses, etc.

Il conclut enfin que bien des ulcérations scrofuleuses et syphilitiques ne devaient pas être confondues avec l'ozène.

M. Michel affirme que l'ozène est une maladie des cavités et surtout des cellules ethmoïdales, et Rouge, en acceptant cette théorie, y ajouta l'idée d'une participation des cavités annexées aux fosses nasales : cavités frontales, sphénoïdales et maxillaires. *Sur quel?*

MM. Fraenkel, Ziemssen, Bresgen, Moure, Struempfell, sont d'avis que l'ozène est un catarrhe chronique; cependant M. Moure y voit l'équivalent d'un catarrhe atrophique et M. Bresgen le nomme rhinite fétide.

Mais la science n'était pas satisfaite de toutes ces théories qui n'étaient pas toujours vraies, et qui ne répondaient pas toujours à la nature exacte et à l'étiologie du processus.

MM. Baginski, Fraenkel et Massei affirmaient qu'on devait chercher la nature de cette maladie dans un élément spécifique qui, siégeant sur la muqueuse produisait avec la fétidité les altérations anatomiques. M. Massei justifiait ses conclusions par les arguments suivants :

- a) Rapide formation des croûtes.

b) Longue durée de l'affection sans lésions graves de l'organe.

c) Insuffisance du traitement interne.

d) Utilité du traitement anti-microbien.

e) Présence de microbes dans les croûtes et dans le mucus.

Mais les recherches microscopiques instituées par le jeune professeur napolitain n'aboutirent qu'à faire observer des cellules épithéliales altérées, des cristaux de tyrosine et des spores de *leptothrix*. Mais M. Massei peu content de ces résultats, institua en 1882, avec l'aide de M. le professeur Arena, chimiste distingué de Naples, plusieurs recherches, pour connaître la substance qui pouvait produire l'odeur *sui generis* afin d'en déduire l'agent du processus. MM. Massei et Arena à la suite de leurs expériences arrivèrent aux conclusions suivantes :

a) Ce n'est pas la sécrétion qui occasionne la mauvaise odeur.

b) La substance qui produit la fétidité n'est pas le pus, puisqu'on n'y retrouve ni ammoniaque, ni produits ammoniacaux.

Cependant M. Massei insistait toujours sur le fait que seules les études micro-chimiques et bactériologiques pouvaient éclairer la question, et il appuyait son opinion sur les arguments suivants :

a) Limites précises entre la muqueuse normale et la muqueuse malade.

b) Extension par auto-infection ou par aspiration.

c) Traitement parasiticide, comme le meilleur et le plus actif.

d) Contagion facile sur les membres d'une même famille, mais sur des individus de constitution bien différente.

Nous voilà à la dernière période qui dans le cours de peu d'années (1883-1889) rassemble les observations, les études et les recherches de plusieurs micrographes, bactériologues microbiologues, et rhinolaryngologistes, tels que MM. Loe-

wenberg, Klamann, Baratoux, Hayck, Habernam, Volkmann et Schuchardt.

En 1866, M. Habernam (Prague) dans deux cas d'ozène observa que les glandes aciniformes et celles de Baumann étaient altérées par production de gouttes de graisse dans les épithéliums glandulaires à la surface des voies glandulaires vers leur embouchure. Entre les cellules saines et celles altérées il y en avait quelques-unes partiellement infectées, et même dans celles-ci la graisse se montrait vers les embouchures superficielles. En somme il observa une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec des détritits produits par destruction des cellules accumulées dans le tissu. Dans les points malades depuis longtemps, se montraient des cellules fusiformes et du tissu connectif fasciculé avec rétraction superficielle de la muqueuse; enfin destruction de l'épithélium plat polygonal, résorption de l'os, et formation de lacunes.

Volkmann à son tour observa que, dans l'ozène, l'épithélium fibreux était changé en épithélium pavimenteux. De plus, Volkmann, guidé par les études de M. Zeller sur les transformations de l'épithélium cylindrique de la muqueuse utérine en épithélium plat, et sur la production consécutive de la mauvaise odeur de l'écoulement vaginal, crut que de même la fétidité de l'ozène pouvait provenir de ce changement morphologique, d'autant plus qu'on a observé que, dans les points du corps où se développent ces émanations putrides, comme aux pieds et aux aisselles, l'épithélium se change précisément en pavimenteux.

Dernièrement, M. Schuchardt (Stettin), dans une communication faite au XVIII^e congrès de chirurgie, tenu à Berlin (24-27 avril 1889), a conclu comme MM. Habernam et Volkmann que la genèse de la fétidité et de l'ozène était due à une transformation de l'épithélium plat.

Voici maintenant ce qui regarde les recherches microbiologiques.

En 1883 M. Loewenberg découvrit dans le mucus d'indi-

vidus ozéneux un micrococcus propre à être cultivé, et l'année suivante, à Bâle, au Congrès international d'otologie, fit observer que ce micrococcus se présentait souvent sous forme de diplococcus, tantôt sphéroïdal, tantôt ellipsoïdal, souvent en chaîne, rarement en amas. Ce micrococcus présente quelquefois de petites bandes transversales d'une couleur blanchâtre. Les cultures reproduisaient la mauvaise odeur.

En 1885 M. Klamann trouva, dans les croûtes et dans les sécrétions épaisses, des amas de micrococcus capsulés, qui, isolés, donnaient lieu à des cultures typiques, mais que M. Klamann n'a pas décrits.

M. Hayek, en 1887, au milieu de plusieurs formes de micro-organismes, de coccus et de bactéries (staphylococcus, streptococcus micrococcus capsulés, etc.), observa un bacille analogue au bacille fluorescent de l'eau et qui, selon lui, colore en vert la sécrétion nasale, et un autre bacille court, en diplococcus ou en chaînette, qui était capable de décomposer les matières organiques, en développant une odeur fétide et pénétrante.

M. Baratoux trouva toujours le micrococcus décrit par M. Lœwenberg, et M. Cornil affirma que les cultures reproduisaient la fétidité caractéristique.

En 1888, M. Hayek, reprenant cet argument, confirma l'existence du petit bacille, en fit des inoculations sur des lapins, des rats et des cobayes avec des résultats négatifs; il ne le considéra point comme la cause de l'atrophie de la muqueuse; mais il le déclara l'agent de la mauvaise odeur.

M. Friedlander enfin, en 1889, dans une revue de l'ouvrage de M. Hayek, fit observer que le bacille de l'ozène décrit par ce dernier, se trouvait aussi dans d'autres putréfactions, notamment dans celles de la viande.

La question en était là, quand, sur le conseil de M. le professeur Massei, après avoir été admis dans le laboratoire de la deuxième clinique médicale par M. le professeur Renzi, je commençai mes recherches.

La méthode adoptée dans ces recherches, soit pour recueillir les sécrétions, soit pour les ensemencements, fut celle généralement adoptée pour toutes les recherches microbiologiques.

Le mucus ozénateux fut recueilli chez 10 malades du dispensaire public de laryngologie dirigé par M. Massei (1).

(1) 498. — 7 mars 1889.

Campelloni, Florine, est une jeune fille de 14 ans, née à Colli al Volturno, d'une constitution saine dans toutes ses fonctions organiques. Elle se plaint d'obstruction nasale et d'une abondante sécrétion fétide.

A la rhinoscopie la muqueuse est pâle; sur les cornets et sur le septum on observe des filaments de mucus brillant, tandis que le fond est parsemé de gros amas de croûtes d'une couleur verdâtre.

Diagnostic : ozène nasal.

258. — 12 mars 1889.

Evangelista, Louis, est un ouvrier en marbre, napolitain, de constitution lymphatique, marié; il se plaint de sécrétion nasale fétide, qui le tourmente depuis trois ans. A l'examen, la cavité est élargie, la muqueuse pâle, sèche et quelquefois dépourvue d'épithélium et parsemée de croûtes grisâtres; l'haléine est caractéristique.

Diagnostic : ozène nasal.

587. — 30 mars 1889.

Genovino, Luisa, est une jeune fille de 14 ans, née à Barra, d'une heureuse constitution, elle est punaise depuis quatre mois.

A la rhinoscopie, la muqueuse des cornets est hypertrophique et dans le fond s'amassent des croûtes jaunâtres très fétides.

Diagnostic : ozène nasal (forme hypertrophique).

660. — 13 avril 1889.

Marie-Ciro Aniarino est une jeune fille de 14 ans, née à l'ortici, chétive et lymphatique; elle est atteinte depuis un an de punaisie; le nez est déformé à l'extérieur, surtout dans son squelette qui est élargi en pyramide. La cavité présente un élargissement avec amincissement de la muqueuse qui est tapissée de gros amas de croûtes verdâtres.

Diagnostic : ozène nasal (forme atrophique).

14. — 10 novembre 1889.

Ferdinand Romano, de Naples, est un garçon de 14 ans, ébéniste; sa constitution est faible et lymphatique; il est punais. La cavité est normale, mais de gros amas d'exsudat gris verdâtre en tapissent le fond. On diagnostique un ozène nasal, mais le malade ne se soigne pas et néglige toutes les prescriptions qu'on lui a données; il revient au dispensaire le 7 mai.

775. — 13 mai 1889.

Philippe Curasole, de Marsala, a 40 ans. Il est d'une constitution favorable,

MÉTHODE GÉNÉRALE

J'ai toujours recueilli le mucus nasal avec l'aiguille de platine rougie à une lampe à gaz, et j'ai choisi le mucus filant, qui se dispose à la manière d'un filament entre le septum et les cornets.

Avec ce mucus j'ai fait desensemencements dans des tubes de substances nourrissantes, stérilisées à l'étuve, et de ces tubes j'ai tiré des préparations sur plaques.

mais il se plaint d'être mal accueilli de tout le monde à cause de sa mauvaise haleine. A l'examen la cavité est normale, peu de croûtes, peu de mucus, mais grande fétidité ; anosmie à gauche.

Diagnostic : ozène nasal, avec anosmie prédominante à gauche.

(7^e Clinique médicale). 14. — 15 mai 1889.

Vincent Calvo a 34 ans ; il a été reçu à la clinique pour une tumeur de rate et pour une bronchite chronique. C'est un individu d'une constitution très faible.

A la rhinoscopie on voit des amas de croûtes très putrides, surtout du côté postérieur ; l'haleine est puante.

Diagnose : ozène nasal.

822. — 24 mai 1889.

Marc Curcione est un enfant de 8 ans, de bonne et forte constitution ; il vient nous consulter pour une sécrétion nasale, abondante et fétide qu'il a depuis deux ans. A l'examen rhinoscopique, on trouve un notable élargissement des fosses, avec une grande quantité de mucus filant très fétide.

Diagnosé : ozène nasal.

820. — 21 mai 1889.

Genna Vincent est un jeune homme de 13 ans, commerçant, napolitain. Il est d'un tempérament lymphatique, et d'une constitution chétive. Il se plaint de ce que depuis deux ans il est affecté d'une sécrétion nasale fétide ; on peut dire que la cavité est presque régulière ; vers le fond, de gros amas de concrétions tapissent la muqueuse.

Diagnostic : ozène nasal.

837. — 23 mai 1889.

Marie-Joséphine Esposita est une jeune fille de Torre Annunziata. Depuis quatre ans elle a l'haleine fétide et elle souffre d'une espèce d'engorgement. Elle n'a négligé aucun des traitements généraux qui pourtant n'ont abouti à rien. La muqueuse est atrophique, tapissée d'épais et résistants amas de croûtes jaunâtres et fétides.

Diagnostic : ozène nasal.

En me servant de la même méthode, et sans négliger aucune des précautions nécessaires, j'ai obtenu des préparations à sec et des tubes de culture.

Examen histologique des préparations à sec.

Comme je l'ai déjà dit, le mucus étendu sur une mince lamelle de verre et desséché en plein air, fut délicatement passé à la flamme d'une lampe à gaz, puis coloré dans une solution hydro-alcoolique d'un des dérivés de l'aniline.

Toutes les préparations à l'observation microscopique présentèrent, parmi des détritits et des cellules de mucus et de pus, de petites bactéries, quelques rares bacilles allongés et beaucoup de microcoques d'une grandeur variable. Mais parmi eux se montrait constamment un bacille court et gros presque toujours sous forme de diplococcus, entouré d'un halo périphérique, brillant, figurant presque une capsule.

Expériences de culture.

Lesensemencements à frigore du mucus ozénateux furent gardés dans une étuve à 20° et le lendemain on en fit des préparations sur plaques, sur lesquelles après 24-36 heures on vit un florissant développement de colonies offrant deux formes essentiellement différentes ; la première disposée en stratus, mince, franchement ronde, d'une couleur jaune foncé, et en petit nombre en comparaison de la seconde qui se montrait plus riche, d'un blanc opalin, humide, brillante, faisant saillie au-dessus de la surface et grosse comme un pépin de chanvre.

J'ai expérimenté sur ces deux colonies, et pratiqué l'ensemencement dans des tubes de gélatine-gélose, agar-agar simple, agar-agar glyciné, bouillon de viande et sérum de sang. Les minces colonies jaune foncé laissèrent voir dans les essais tantôt un micrococcus formant des chaînes ou des amas, tantôt des bacilles, tandis que les colonies blanc opa-

lin ne montraient autre chose qu'un bacille, presque toujours diplococcus, capsulé et parfaitement pareil à celui observé dans les préparations à sec. Ces résultats d'observation furent toujours constants dans toutes nos recherches, chez les malades affectés d'ozène, d'où nous pouvons conclure que, dans le mucus ozénateux, se montra constamment une forme de bacille en diplococcus et capsulé, associé à des formes variables de petits bacilles et de micrococcus, formes difficiles à interpréter et à classer, mais dont la nature dans les tubes à culture put être déterminée.

Ces micro-organismes capsulés se colorent parfaitement par la même méthode que dans les préparations à sec.

Caractères morphologiques.

Ce microbe, rencontré si constamment dans le mucus ozénateux, est un micrococcus gros et allongé, et c'est pour cela, à mon avis, que Lœwenberg et Klamann l'appelèrent micrococcus et diplococcus. Dans les essais et dans les gouttes il se montre environné d'un halo ressemblant à une capsule, presque toujours il est double, mais souvent il est aussi isolé; dans deux cas au lieu de deux éléments associés, j'en ai vu trois.

Quelquefois ce rhino-bacille ozénateux se trouve légèrement renflé aux deux extrémités; je ne saurais dire si ce renflement correspond à l'un de ses plus grands degrés de développement. Un des caractères qui le distinguent des autres microbes capsulés tels que celui de la pneumonie, c'est une zone plus claire d'une couleur blanchâtre qui paraît quelquefois vers les deux extrémités et quelquefois vers le milieu. Ce caractère pourrait représenter un commencement de division, ou, ce qui me paraît plus probable, la formation de spores, parce que j'ai souvent observé ce point blanchâtre dans un des bouts terminaux.

Quant à sa grandeur, son diamètre longitudinal est de 1 μ à 1,5 μ .

Enfin la disposition du rhino-bacillus est variable, tantôt il se présente en chaîne, surtout dans les préparations du mucus ozéneux, tantôt en amas, comme dans les préparations de culture pure.

Méthode de coloration.

Avec le violet de gentiane et avec le violet de méthyle ce bacille se colore parfaitement, mais les capsules restent décolorées. En traitant la préparation par l'alcool pur, les éléments cellulaires se décolorent et les capsules disparaissent.

Si aux couleurs d'aniline on ajoute quelques gouttes d'acide acétique glacé, le microbe se montre nettement avec sa capsule et, en traitant de même cette préparation par l'alcool pur, les capsules disparaissent et il ne reste que la forme cellulaire. Lorsqu'à la substance colorante on ajoute quelques gouttes d'ammoniaque liquide, les bacilles et les capsules se colorent très bien et la surface extérieure reste légèrement décolorée ; mais si l'on traite cette préparation à l'alcool pur, les microbes restent et les capsules deviennent très évidentes.

Avec la fuchsine le bacille et sa capsule se colorent fort bien et en traitant cette préparation aussi par l'alcool, on observe non seulement le micro-organisme bien coloré, mais encore la capsule d'une façon très claire et élégante.

Le bleu de méthyle colore mal le microbe, et ne laisse pas même entrevoir la capsule. Je n'ai fait enfin aucun essai ni avec l'éosine, ni avec le brun de Bismarck, ni avec la vésuvine, ou la crisoïdine.

Caractères biologiques.

Tous les milieux de culture (gélatine, gélose, agar-agar simple, agar glyciné, sérum de sang, bouillon de viande, etc.) sont favorables au développement de ce microbe, surtout la gélose et la gélatine à la température de 20°-22°, sur lesquels

après 24-36 heures, on voit paraître et se multiplier de vigoureuses cultures, qui ne dissolvent pas le milieu de culture.

Si l'on observe une des colonies de ce bacille capsulé, elle ressemble à une colle d'amidon blanc perlée au centre et plus sombre à la surface extérieure, où cette substance s'épaissit au fur et à mesure de son accroissement. Les autres formes de colonies se comportent tout autrement, puisqu'elles commencent par fondre la périphérie du milieu de culture après 48-60 heures.

Dans les tubes de culture pure, après 24 heures, on voit déjà un accroissement vigoureux de la grandeur d'une tête d'une grosse épingle. La substance produite ressemble à une colle d'amidon fraîche, elle plonge dans la gélatine en forme de clou, croît en amas à la surface et enfin s'épaissit sans la fondre. Si l'on fait des inoculations à froid dans la gélatine solidifiée en bec de flûte on voit dans les points piqués se former de petites perles, qui s'arrêtent à un certain degré de grossissement sans plonger dans le milieu. Après 15 ou 20 jours, ces colonies se dissolvent et précipitent.

Dans les inoculations à strie sur l'agar-agar la colonie s'étend comme un ruban après 24 heures, mais vers le 3^e ou le 4^e jour elle commence à se changer en une substance muqueuse, et glisse au fond du vase.

Il est à considérer, comme j'ai pu l'observer plusieurs fois, que ce microbe se transforme en un bacille très gros, mais toujours capsulé.

Quant à la température, ce micro-organisme vit favorablement à 20°-22°, mais il peut vivre aussi à 16°-18°, puisque j'ai toujours, même en hiver, gardé le tube dans une armoire placée extérieurement au laboratoire, du côté nord.

Les tubes de culture pure obtenus des colonies de la deuxième espèce se montrèrent sous des formes variées; la plupart colorées et fondant la gélatine. On distingua sur les autres celle d'un petit bacille. Ces derniers microbes, par leur façon de se comporter, se rapprochent de ceux de la

suppuration, de ceux de l'érysipèle et de la forme nommée *Micrococcus cholerae gallinarum*.

On n'a pu identifier de la sorte les formes de bacilles, lesquelles font sûrement partie de la nombreuse famille des bacilles de la macération.

Recherches de contrôle.

Ayant obtenu ces résultats, on devait encore éclaircir quelques doutes, savoir notamment si, une fois vérifiée la constance du bactérius capsulé, on pouvait affirmer qu'il était le microbe pathogène de l'ozène. En d'autres termes il fallait voir si le rhino-bacille de l'ozène est seulement constant dans l'ozène, ou encore en d'autres catarrhes et d'autres formes inflammatoires de cette première voie aérienne.

Pour répondre à cette première et juste observation, j'ai fait des recherches en me servant d'une méthode parfaitement analogue à celle dont on se sert pour l'ozène, usant du mucus nasal, ou normal, ou provenant d'autres formes inflammatoires de la muqueuse. J'en recueillis (1) chez des individus affectés de catarrhe chronique, de rhinite hypersécrétoire, de catarrhe chronique sec, de formes atrophiques; je recueillis aussi du mucus physiologique, et les résultats fu-

(1) 333. — Rosine Jorio, 24 janvier 1887.

Elle est affectée de chronique rhinite hypersécrétoire.

292. — Ange Rosati, 15 juin 1889. Catarrhe chronique hypersécrétoire consécutivement à des myômes multiples de la fosse gauche du nez.

N. N. Catarrhe chronique sec.

630. — Ferraro Joseph, 8 avril 1883.

Rhinite hypertrophique.

N. M. Muqueuse nasale normale; par de forts bains à la tête et au front on provoque la sécrétion du mucus.

(12) 846. — 25 mai 1889.

Maria Grazia Massari est une jeune couturière de Naples; elle a 26 ans; sa constitution est lymphatique. Elle a une abondante sécrétion. En 1888 malade d'ozène elle fut soignée dans ce même dispensaire. La muqueuse est atrophique, la fosse élargie; ça et là, on observe des amas de croûtes épaisses. Diagnostic: Rhinite atrophique consécutive à un ozène.

rent toujours négatifs à l'égard du bacille capsulé de l'ozène, je dirai encore que je me suis servi aussi du mucus d'une malade atteinte de rhinite atrophique chronique consécutivement à un ozène nasal (846), et d'un malade affecté de rhinite fétide hypersécrétoire, consécutive à des myxomes de la fosse nasale (292), et dans les deux cas le résultat fut également négatif relativement au rhino-bacille; il en résultait donc que le bacille capsulé de l'ozène est constant et qu'il est constant seulement dans l'ozène.

Quelqu'un cependant assurait qu'une forme analogue se montrait dans la macération de la viande et dans l'acidification des laitages (surtout dans l'espèce que les napolitains appellent *mozzarella*). Pour résoudre ce doute, je fis macérer de la viande maigre de bœuf et de la *mozzarella*, mais dans toutes mes préparations je n'ai jamais pu découvrir un microbe qui, même de loin, pût rappeler celui capsulé de l'ozène.

Il restait enfin plusieurs questions qui avaient été agitées dans les cliniques, à savoir :

a) Si ce bacille capsulé était l'agent de la fétidité pathognomonique.

b) S'il était pathogène,

c) Si les inoculations produisaient la maladie dans toutes ses phases.

Quant à la fétidité, que M. Loewenberg assurait avoir sentie, je dois dire qu'on ne la retrouve jamais dans les cultures pures, mais, dans les inoculations directes au bout de 8 à 9 jours en même temps que se produit la fluidification de la gélatine, se développe une odeur puante, qui toutefois n'est pas celle de l'ozène. Ce fut alors que je soupçonnai que la fétidité n'était pas produite par la seule action du bacille capsulé, mais par son influence combinée à celle des autres micro-organismes normaux du nez, et en vue de confirmer cette hypothèse, dans une culture pure de bacilles capsulés, je fis une inoculation d'un microbe coloré de l'espèce des *staphylocoques*; ces tubes furent gardés dans une étuve à 34°-35°, et dès le second jour on eut d'eux une odeur puante, qui n'était

pas certainement identique à celle de l'ozène mais s'en rapprochait.

Pour ce qui regarde l'intensité pathogène de ce microbe il m'importe de témoigner que les inoculations faites à deux chiens, à un lapin, et à deux cobayes furent toujours négatives.

Quant à la troisième question, je ne puis encore y répondre, puisque les expériences furent peu nombreuses et incertaines. Les animaux dont on se sert pour les laboratoires respirent, pour la plus grande partie, par le nez, et en conséquence ils ne sont pas propres à ce genre d'expériences, pour lesquelles il est nécessaire de garder *in loco* les matériaux d'inoculation. Je me propose ultérieurement de faire la trachéotomie à des chiens et de leur inoculer une culture pure de bacilles de l'ozène dans le larynx. Il est connu que cette méthode d'expérience a donné des résultats excellents, tandis que les autres avaient échoué.

CONCLUSIONS

Dans l'ozène, il est une forme constante de microbes (rhinobacillus) qu'on ne rencontre ni dans les autres formes d'inflammations du nez, ni que je sache, dans d'autres affections. Ce microbe est capsulé, mais parfaitement distinct des autres micro-organismes capsulés qui ont été l'objet des études de MM. Dittrich, Paltauf, Friedlander, Babès, Mibelli, Melle, Pellizzari et dernièrement de mon ami, le Dr Zagard.

Ce microbe abondant chez les personnes qui n'ont pas été soumises à des soins locaux, disparaît à mesure que l'on pratique le traitement antiseptique, accepté aujourd'hui par la plupart des médecins; ce qui est d'une grande importance, quoiqu'il n'ait pas la valeur d'une inoculation réussie.

Même au point de vue bactériologique l'ozène diffère de la rhinite atrophique et de la rhinite fétide.

Enfin ce bacille que j'ai décrit est parfaitement le micrococcus de M. Lœwenberg, et si cet auteur ne l'a pas trouvé

capsulé, comme il l'est en effet, c'est par suite d'une technique défectueuse. D'autre part M. Hayek a dû se méprendre en étudiant une de ces formes de bacilles qu'on rencontre dans certaines putréfactions, surtout dans celles de la viande, bacilles qui, comme j'ai déjà dit, se trouvent aussi dans le mucus ozénateux.

Au reste, malgré tous ces résultats, tant que l'on n'aura pas obtenu des formes pathologiques expérimentales, le problème étiologique de l'ozène restera irrésolu.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

- Archivii italiani di laryngologia* (Naples).
Allgemein Medizinal Central Zeitung (Berlin).
Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso (Florence).
Berliner klinische Wochenschrift (Berlin).
Clinica di Vienna (Naples).
Deutsche Medizinal Zeitung (Berlin).
Giornale Internazionale delle scienze mediche (Naples).
Internationale Centralblatt für laryngologie, rhinologie und verwandte Wissenschaften (Berlin).
Morgagni (Milan).
Paris médical (Paris).
Progrès médical (Paris).

OUVRAGES

- BRESGEN-JAFANO. — *Tratatto delle malattie del naso, della cavita orale, faringe, larynge, trachea ed esofago*. Turin, 1888.
 BOYER. — *Tratatto delle malattie chirurgiche*. Florence, 1844.
 CAPOBIANCO. — *Elementi di medicina pratica*. Naples, 1843.
 CAZENAVE. — *Mémoire sur le coryza chronique et l'ozène non vénérien*. Paris, 1835.
 COZZOLINO. — *Ozena e sue forme cliniche*. Naples, 1881.
 CROOKSHANK. — *Manuel pratique de bactériologie basé sur la méthode de Koch*. Bruxelles, 1886.
 CORNIL et BABÈS. — *Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies infectieuses*. Paris, 1886.
 DELABERGE, MONNERET, FLEURY. — *Compendio di medicina pratica*. Naples, 1843.

- DE RENZI e CICONI. — Istituzioni di patologia chirurgica. Naples, 1845.
- FARAVALLI e KRUCH. — Sui rapporti tra le malattie dell' apparato lagrimale e quelle del naso. Pavia, 1888.
- FRANK. — Del metodo di curare le malattie dell' uomo. Palermo, 1831.
- FLUGE. — I microorganismi. Naples, 1886.
- GALENI C. — Opus medicum practicum. Bâle, 1537.
- HABERNAM. — Zur pathologischen anatomie der Ozaena simplex. Prague, 1886.
- KLEIN. — Microbes et maladies. Paris, 1886.
- LAGNEAU. — Dictionnaire de médecine. Paris, 1843.
- LEVI. — Dizionario classico di medicina, di chirurgia, d'igiene pubblica e privata. Venice, 1845.
- LOEWENBERG. — De la nature et du traitement de l'ozène. Paris, 1884.
- LANZA. — Nosologia pratica positiva. Naples, 1845.
- MONTÉGIA. — Istituzioni chirurgiche. Naples, 1837.
- MACKENZIE. — A manual of diseases of the throat and nose. Londres, 1881.
- MOURE. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne. Paris, 1886.
- MORE. — Éléments de bactériologie. Paris, 1889.
- MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Londres, 1765.
- MASSEI. — Lezioni cliniche sulle malattie della gola. Milan, 1887.
- Clinica delle malattie del tratto respiratorio. Naples, 1882.
- Patologia e Terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe. Milan, 1889.
- NÉLATON. — Elementi di patologia chirurgica. Naples, 1881.
- NOVAK. De malattie infettive sotto il rispetto della etiologia e della igiene. Naples, 1884.
- PUCCINOTTI. — Opere complete. Naples, 1858.
- RANZI. — Lezioni di patologia chirurgica. Florence, 1863.
- SZERLECKI. — Dizionario di terapeutica. Naples, 1872.
- SCHIMITT. — Microbes et maladies. Paris, 1889.
- STRUMPELL. — Trattato di patologia speciale medica e terapia. Milan, 1886.
- THEIZIR. — Totam medicinam ingendibus voluminibus, etc. Venice, 1549.
- TRIMAVELLI. — De ratione curanti. Londres, 1592.
- TROUSSEAU. — De la punaisie ou ozène puant. Paris, 1835.
- TYNDALL. — Les microbes. Paris, 1882.
- UFFREDIZZI. — I micro parassiti nelle malattie da infezione. Turin, 1885.
- ZIEMSEN. — Patologia e terapia speciale. Naples, 1881.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

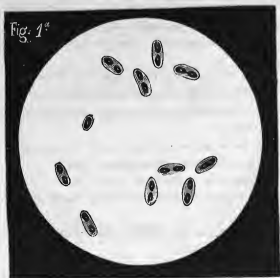


FIG. 1. — Bacille de l'ozène (Rhino bacillus) de culture pure en gélatine.
(Koristka, oc. 4 — ob. 1/16.)

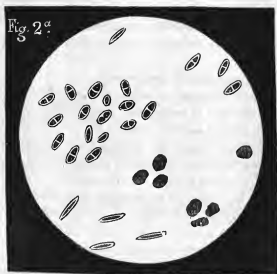


FIG. 2. — Mucus ozénateux. (Koristka, oc. 3 — ob. 1/16.)

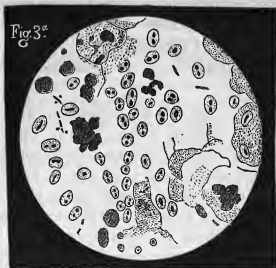


FIG. 3. — Mucus ozénateux. (Koristka, oc. 3 — ob. 1/16.)

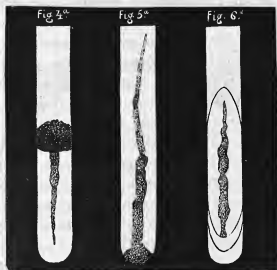


FIG. 4. — Colonie de sept jours en gélatine.

FIG. 5. — Colonie de seize jours en gélatine.

FIG. 6. — Colonie de six jours en agar-agar.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PETITS NÉOPLASMES SESSILES DU BORD LIBRE DES CORDES VOCALES, AU MOYEN D'UNE CURETTE SPÉCIALE (1)

Par le Dr **Luc**, ancien interne des hôpitaux.

Nous fûmes consulté, à notre dispensaire, au commencement de l'année dernière, par un homme d'une cinquantaine d'années, exerçant la profession de facteur des postes, et qui nous était adressé par notre ami, le Dr Sottas. Cet homme se plaignait d'un enrouement qui avait débuté, près d'un an auparavant, et avait été en s'aggravant progressivement depuis. L'examen laryngoscopique nous permit de constater, vers la partie moyenne du bord libre de la corde vocale gauche, une petite tumeur ayant les dimensions d'un grain de blé, de couleur rosée, d'apparence gélatineuse et qui, loin d'être pédiculée, présentait sa plus grande largeur au niveau de son implantation. Malgré cette large implantation, la néoplasie, au lieu de se maintenir au niveau de la corde vocale, s'affaissait un peu au-dessous de son bord libre, ce qui permettait de conclure à une grande mollesse de son tissu. Il va sans dire que cette tumeur, s'opposant à la juxtaposition des cordes, au moment de la phonation, expliquait tout naturellement l'enrouement du malade et qu'il était indiqué d'en pratiquer l'ablation. Mais cette opération n'était pas sans difficultés, en raison de la disposition sessile du néoplasme qui, adhérant au bord de la corde vocale, suivant son grand axe, figurait un petit arc de cercle dont ce bord représentait la *corde* (au sens géométrique du mot). Toute tentative d'extirpation avec l'anse devait fatalement échouer ici et nous n'essayâmes même pas d'y avoir recours. Nous ne voulûmes pas non plus recourir à la cauterisation ignée, ni aux caustiques, en raison de la difficulté d'en limiter l'action.

(1) Communication faite à la Société médicale du VII^e arrondissement.

D'autre part, nos tentatives d'extraction avec les pinces coupantes étant demeurées vaines, nous priâmes M. Mathieu de nous fabriquer pour ce cas particulier, une petite curette pouvant se visser sur le manche de Heryng, mais qui nous paraissait devoir présenter, sur les curettes de cet auteur, l'avantage de ne pas exposer à la section des parties saines (1).

Notre curette a la forme d'un losange dont le grand axe est sur le prolongement du manche et dont les quatre côtés sont formés par autant de lames tranchantes, au niveau de leur bord interne. En outre ces quatre lames dont la longueur n'excède guère 2 millim. ne sont pas situées dans un même plan, mais elles sont légèrement inclinées de façon à former par leur ensemble un tronc de pyramide quadrangulaire d'une hauteur extrêmement faible par rapport à la base. Les bords mousses des lames forment la base de la pyramide, les bords tranchants correspondent à la surface de section idéale.



La curette présente donc deux faces, l'une mousse, l'autre tranchante. C'est cette dernière qui doit être tournée vers le néoplasme à enlever. Celui-ci est engagé dans la fenêtre formée par l'ouverture du losange, puis la curette *ne cessant d'être appuyée contre la corde vocale* est retirée du larynx, opérant par ce mouvement de bas en haut la section unique de tout ce qui dépasse le niveau du bord libre de la corde vocale. Dans le cas particulier pour lequel notre curette avait été construite, notre but fut pleinement atteint ; grâce à une bonne cocaïnisation préalable, l'opération put être exécutée sans trop de tâtonnements, sous le contrôle

(1) Le Dr Ruault nous a dit avoir déposé, il y a quelques années, chez M. Mathieu, un projet de curette analogue ; nous croyons juste d'ailleurs d'ajouter que l'idée première de cet instrument nous était venue au cours d'une conversation avec notre collègue, en sorte que, si l'invention a quelque mérite, nous n'hésitons pas à lui en attribuer la plus grande partie.

du miroir et, après deux tentatives infructueuses, nous avons enfin la satisfaction de ramener au dehors une petite tumeur pâle, gélatiniforme offrant tous les caractères microscopiques d'un myxome. La voix fut, séance tenante, notablement améliorée : elle était presque normale quand nous revîmes le malade, quelques jours après et nous pûmes constater avec le miroir que le bord de la corde vocale avait récupéré une rectitude linéaire presque parfaite.

Nous obtînmes, le mois dernier un résultat analogue chez une jeune aveugle obligeamment adressée par notre excellent collègue, le D^r Claisse, pour une raucité survenue progressivement à la suite de fatigues vocales. L'examen laryngoscopique nous révéla chez cette jeune fille une nodosité implantée sur la partie moyenne du bord de la corde vocale gauche, ayant les dimensions d'un grain de millet et offrant tous les caractères objectifs des néoplasmes décrits sous le nom de nodosités des chanteurs. Ici encore l'absence de pédiculisation de la tumeur s'opposait à son extraction au moyen de l'anse ou de la pince. Après quelques tentatives faites pour la détruire au moyen du nitrate d'argent en nature, tentatives qui ne donnèrent que des résultats fort incomplets, nous nous décidâmes à avoir de nouveau recours à notre curette et, dans ce second cas, comme dans le premier, nous fûmes assez heureux pour amener assez rapidement la petite tumeur au dehors, grâce à une cocaïnisation préalable et aussi complète que possible de la cavité laryngée qui nous permit de ne pas perdre un seul instant l'instrument de vue, jusqu'au moment où le néoplasme fut bien engagé dans l'intervalle des lames de l'instrument. Quelques jours après, nous constatons que le bord de la corde vocale avait récupéré la régularité normale et l'amélioration de la voix était telle que la jeune fille pouvait reprendre ses études de chant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

DU 11^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE
LARYNGOLOGIETENU A WASHINGTON LES 30 ET 31 MAI ET 1^{er} JUIN 1889**Extirpation d'une amygdale surnuméraire, par ETHELBERT CARROLL MORGAN.**

Il s'agit d'un homme de 26 ans qui, depuis plusieurs années, avait remarqué la présence d'une tumeur dans sa gorge, tumeur qui lui causait non seulement de la gêne, mais encore des douleurs. Le néoplasme était appendu au voile du palais, entre le pilier droit et la luette, offrant une teinte rouge sombre et les dimensions d'une petite amande. L'extraction en fut facilement exécutée au bistouri et l'examen histologique établit que sa texture était celle d'une amygdale ayant subi un certain degré d'épaississement de sa trame fibreuse.

Dans les réflexions dont l'auteur fait suivre sa communication, il compare les amygdales supplémentaires aux rates supplémentaires qui sont assez communément observées.

Rapport entrel'érysipèle et l'érythème de la face, d'une part, et la pression intra-nasale d'autre part, par GEORGE-W. MAJOR.

L'auteur cite quatre observations d'individus sujets à des attaques érysipélateuses (?) ou érythémateuses de la face chez lesquels l'examen des fosses nasales révéla un état hypertrophique de la muqueuse des cornets allant jusqu'à produire une certaine pression au niveau de la cloison. L'ignipuncture, en réduisant le volume des parties hypertrophiées aurait mis un terme aux poussées érythémateuses et érysipélateuses de ces malades.

Dans la discussion provoquée par cette communication, le D^r Daly fait remarquer que l'érysipèle est une affection infectieuse spécifique et non un phénomène congestif pouvant résulter d'un réflexe et que c'est sans

doute par erreur de dénomination que son collègue s'est servi du terme *érysipèle*.

Adénite cervicale aiguë multiple (septique). — Œdème du larynx.
— Guérison spontanée, par S.-W. LANGMAID.

Une dame de 40 ans, à la suite d'un mal de gorge accompagné d'exsudation blanchâtre sur une des amygdales (non observé par le médecin), fut prise d'un engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires et péri-laryngés. En même temps la respiration devint gênée et s'accompagna de cornage.

L'examen laryngoscopique ayant pu être pratiqué, on constata, au niveau de la région aryénoïdienne, une tuméfaction masquant les deux tiers postérieurs de la glotte. La trachéotomie paraissait imminente quand la malade rejeta, au milieu d'efforts de toux, une grande quantité de liquide muqueux. A la suite de cette évacuation spontanée de l'œdème, le larynx reprit progressivement son fonctionnement normal. L'auteur suppose que cet œdème était le résultat de la compression exercée sur les vaisseaux par les ganglions engorgés eux-mêmes consécutivement à une diphtérie pharyngée.

Œdème septique pharyngo-laryngé, par W.-C. GLASGOW.

L'auteur donne une description minutieuse d'une affection qu'il a eue l'occasion d'étudier sous forme d'épidémie pendant les deux hivers 1886-1887 et 1887-1888.

Cette forme morbide serait caractérisée localement par un œdème à formation rapide, occupant l'isthme du gosier et pouvant gagner le larynx, s'accompagnant de pâleur de la muqueuse et d'une sécrétion visqueuse toute spéciale. On observe souvent en même temps un exsudat blanchâtre ponctiforme, parfois des ecchymoses.

A ces symptômes locaux s'adjoignent des manifestations générales indiquant qu'il s'agit bien d'une maladie infectieuse (fièvre, céphalalgie, myalgies, prostration). Des hémorrhagies sont assez fréquemment observées.

La terminaison spontanée est généralement favorable. L'attaque n'exécède guère cinq jours, mais les rechutes sont habituelles. L'auteur recommande à l'intérieur le benzoate de soude et, comme traitement local, des gargarismes avec une solution de bicarbonate de soude, additionnée un peu d'acide phénique.

Remarques sur le fait d'avoir observé des relations intimes entre des affections chroniques des voies respiratoires supérieures et un état de neurasthénie, par WILLIAM-H. DALY.

L'auteur rapporte l'observation de deux malades présentant l'irritabilité et l'ensemble des symptômes nerveux particuliers à l'état dit : neurasthénie. Ces malades souffraient en outre d'une perméabilité nasale insuffisante tenant à la conformation du squelette de l'organe et à l'état hypertrophique de la muqueuse. L'auteur ne se prononce pas nettement sur la façon dont il interprète le rapport de cause à effet entre les deux ordres de symptômes. Il paraîtrait croire pourtant à une influence au moins aggravante, sinon causale, de la lésion nasale sur les symptômes nerveux, car il signale un amendement de ces derniers, consécutivement à un traitement local de l'affection nasale.

Un cas de sarcome du corps thyroïde, par J. SOLIS COHEN.

Il s'agissait d'un homme de 45 ans qui, vers 1872, commença à éprouver une tendance à l'essoufflement et un gonflement de la région thyroïdienne. En 1885, il nota pour la première fois que la moitié droite de sa face offrait une température plus élevée que l'autre et était plus sujette à la transpiration.

Lorsque l'auteur vit le malade en 1887, il constata la présence d'une tumeur bosselée du corps thyroïde, prédominant à droite avec engorgement des ganglions environnants. Il offrait une dyspnée continue et considérable, entrecoupée d'accès de suffocation.

On nota en outre les particularités suivantes : contraction de la pupille droite, ptosis de la paupière supérieure droite, rougeur et élévation de la température du côté droit de la face, avec transpiration locale fréquente ; d'autre part, au laryngoscope : Corde vocale droite immobile sur la ligne médiane, les mouvements de la corde gauche affaiblis, mais suffisant pour la respiration et la phonation.

Le diagnostic porté alors, fut : tumeur maligne du corps thyroïde avec compression de la trachée. Le ptosis, la contraction de la pupille, la chaleur et la transpiration d'une moitié de la face furent rapportés à la compression du sympathique correspondant, et l'immobilité de la corde vocale à la compression ou à l'irritation du récurrent du même côté.

Au mois d'août, apparition d'un nouveau symptôme : la corde vocale gauche commence à présenter des spasmes cloniques entraînant des ac-

cès de suffocation. Ces accidents ayant rendu la trachéotomie urgente, cette opération fut pratiquée, mais non sans difficultés, la trachée se trouvant refoulée vers le côté gauche du cou et coudée sur elle-même, l'incision de la tumeur qu'il fallut traverser pour atteindre la trachée donna en outre lieu à une hémorrhagie abondante. A la suite de l'opération les conditions du larynx présentèrent une modification remarquable, en ce sens que la corde vocale gauche cessa de présenter des convulsions cloniques, mais se rapprocha définitivement de l'autre, la glotte devenant à peu près imperméable à l'air ; cependant, grâce à la présence de la canule, le malade put s'en retourner chez lui. Quand il se représenta, environ un an plus tard, son état était à peu près le même. La tumeur avait quelque peu augmenté. Le larynx se montrait déjeté vers la gauche et la fente glottique était oblique en arrière et à gauche.

Ultérieurement commencèrent à se montrer des hémorrhagies en nappe, au niveau de la plaie trachéale. Puis, après qu'on eut pu se rendre maître de cette complication, survinrent des troubles remarquables de la respiration paraissant résulter de la compression exercée par la tumeur sur le sympathique et sur les pneumogastriques : la respiration s'arrêtait brusquement, en même temps que la face devenait pâle puis livide et que la conscience se montrait obscurcie ou abolie.

Parfois, cet état d'apnée était précédé de mouvements spasmodiques du diaphragme. On réussit pendant quelque temps à rappeler les mouvements respiratoires, en titillant la muqueuse trachéale au moyen d'un fil de fer ; mais au bout de quelques jours, ce moyen devint inefficace et le malade succomba dans une crise.

L'autopsie ne fut pas accordée.

Quelques points relatifs à la pathologie et au traitement des affections du pharynx nasal, par JOHN N. MACKENZIE.

Tout en reconnaissant que la région du pharynx nasal peut être le point de départ de réflexes variés, chez un grand nombre d'individus, l'auteur rappelant le mémoire de Tornwaldt, pense que ce dernier a considérablement exagéré la fréquence et l'importance des affections de la bourse pharyngée et que dans la majorité des cas, quand la voûte pharyngée paraîtra être le point de départ des symptômes que l'on a à combattre, au lieu d'agir sur la bourse seule, il sera préférable de pratiquer l'extirpation de la tonsille pharyngée.

Quelques observations personnelles sur l'hypertrophie aiguë et chronique du tissu adénoïde de la voûte du pharynx et sur les moyens de la combattre, par D. BRYSON DELAVAN.

L'auteur s'occupe d'abord de la question de l'étiologie des adénomes pharyngiens. Tout en admettant, avec la plupart des auteurs que ces tumeurs apparaissent généralement dans la première enfance, il pense qu'elles peuvent se développer plus tard, à la suite d'une attaque de diphthérie ou de scarlatine, ou sous l'influence de catarrhes répétés.

Il pense d'autre part que leur atrophie, au moment de l'adolescence, n'est pas une règle absolue et cite deux malades heureusement opérés de cette affection, et dont l'un avait dépassé quarante ans et l'autre cinquante.

A côté de l'hypertrophie permanente du tissu adénoïde pharyngien, l'auteur distingue certains faits dans lesquels ce tissu n'augmenterait que temporairement de volume sous l'influence d'un refroidissement.

Pour ce qui est de l'hypertrophie chronique, il distingue deux formes : l'une caractérisée par des tumeurs molles, d'aspect papillomateux, facilement opérables, l'autre se distinguant par la surface lisse et la consistance beaucoup plus dure des tumeurs. Il insiste sur l'absence de proportion à noter entre le volume des végétations et les symptômes produits, notamment les symptômes auditifs qui semblent être le résultat d'une congestion de voisinage.

Passant à l'étude des déformations concomitantes du squelette de la face et tout particulièrement des fosses nasales, l'auteur les considère comme la conséquence mécanique des troubles apportés par les végétations dans la respiration nasale, et rappelle les déviations de la cloison que l'on obtient chez le lapin en oblitérant artificiellement l'une des narines. Il compare à ce fait expérimental celui d'un enfant âgé de 3 ans 1/2 chez lequel, des végétations qui rendaient l'une des fosses nasales imperméables ayant été extirpées, la cloison qui était fortement déviée de ce côté se redressa en grande partie d'elle-même, à la suite de la régularisation de la respiration nasale.

A propos du traitement, l'auteur s'élève contre le préjugé consistant à conseiller, comme suffisante, une extirpation partielle, visant à rendre simplement les fosses nasales perméables, dans la mesure du nécessaire. Pour lui, tout débris de végétations laissé en place, reste une cause d'irritation et de congestion pour la muqueuse environnante ; aussi considère-t-il l'opération comme devant être radicale. Il signale les végétations im-

plantées immédiatement en arrière des choanes et celles qui siègent dans les fossettes de Rosenmüller comme ayant le plus de chance d'échapper aux instruments. Les hémorragies immédiates ou consécutives, sont exceptionnelles quand la muqueuse des parties voisines a été respectée.

Elles sont le plus souvent le résultat d'un état hémophilique spécial et, dans ce cas, la simple dissociation des tumeurs par l'ongle, peut suffire pour produire une perte de sang mortelle. L'anesthésie et notamment l'anesthésie chloroformique, permettant d'effectuer l'ablation des tumeurs en une seule séance lui paraît indiquée, pour peu que les malades soient jeunes et nerveux. Quand il n'y a pas d'urgence, la saison préférable pour l'opération est la fin du printemps et le commencement de l'été. L'opération n'amène pas toujours la cessation immédiate des troubles de l'articulation des mots qui n'est pas une conséquence rare de la compression exercée par les néoplasmes sur le voile du palais. L'auteur recommande enfin de s'entourer, pour cette opération, de toutes les précautions propres à la chirurgie contemporaine.

Trois cas rares accompagnés de figures : Papillome multiple du voile du palais. Immense tumeur fibreuse de l'amygdale. Tumeur fibreuse de la cloison nasale, par GEORGES M. LEFERTS.

Les titres de ces communications nous paraissent les résumer suffisamment.

Tumeurs verruqueuses de la narine, par E. FLETCHER INGALS.

Histoire d'un homme de 46 ans sujet à des crises de laryngo-trachéite qui parurent être sous la dépendance d'un défaut de perméabilité de la fosse nasale gauche, causée elle-même par la présence, à l'entrée de cette cavité, de petits papillomes, qui, d'abord implantés sur la cloison, récidivèrent opiniâtrement à plusieurs reprises, malgré les cautérisations les plus énergiques, se montrant successivement sur la cloison, sur le plancher et sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

De la dysphonie spasmodique, par FRÉDÉRIC-I. KNIGHT.

L'auteur cite trois cas de cette singulière affection caractérisée, comme l'on sait, par un trouble intermittent de la phonation consistant, soit en une aphonie complète, soit en une tonalité très élevée de la voix. Il considère cette névrose comme très rebelle à la thérapeutique. Il pense que son étiologie n'est pas toujours la même, qu'il s'agit tantôt d'un

réflexe, tantôt d'une lésion centrale. Dans tous les cas, l'absence d'autopsie l'empêche de trancher la question d'une façon nette.

De quelques manifestations de la syphilis sur les voies respiratoires supérieures, par THOMAS AMORY DE BLOIS.

L'auteur étudie successivement les syphilomes tertiaires des fosses nasales, du palais et de l'isthme du gosier. Il insiste sur la rapidité avec laquelle se montrent les perforations de la cloison nasale. Quand ces perforations sont très étendues, l'effondrement du nez en est la conséquence. Parfois au contraire, celui-ci conserve sa forme, malgré les dégâts profonds produits à son intérieur. Ces dégâts peuvent entraîner la présence, dans les fosses nasales, de séquestres tellement volumineux qu'une opération est nécessaire pour en permettre la sortie.

Les perforations de la paroi de l'antre sont particulièrement fâcheuses, en raison de la difficulté que l'on éprouve à les débarrasser des débris nécrosés.

Parfois la destruction osseuse s'étend à l'extrémité antérieure du plancher nasal et les séquestres consécutifs peuvent être extirpés à la suite de l'extraction des incisives. L'élimination de l'épine antérieure des maxillaires supérieurs est suivie d'une difformité faciale des plus repoussantes.

L'auteur passe ensuite aux perforations palatines consécutives aux gommages de cette région. Plusieurs figures annexées au texte, montrent les résultats satisfaisants que l'on peut obtenir par une intervention précoce et énergique. L'auteur conseille de ne recourir aux moyens locaux (cautérisations, avivements, suture) qu'après plusieurs jours d'administration d'iodure de potassium.

Pour ce qui est des adhérences du voile du palais à la paroi pharyngienne, l'auteur conseille de ne pas chercher à les détruire systématiquement, dans tous les cas. Il est en effet des malades, chez lesquels ces adhérences assurent la régularité de la déglutition et de l'articulation des mots.

Dans la discussion consécutive à la communication de de Blois, Bosworth insiste sur ce fait, que les destructions de nature syphilitique ne tendent pas à la progression serpentineuse, mais qu'elles sont limitées à l'avance par le siège de la gomme qui les précède et sous la dépendance d'une endartérite à territoire déterminé.

Le Dr Daly recommande, pour la destruction des adhérences cicatri-

cielles, de préférer l'instrument tranchant au galvano-cautère qui ne peut que favoriser la mortification de tissus doués d'une vitalité inférieure à celle des tissus normaux.

Note sur l'emploi du galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne, par Charles H. KNIGHT.

L'auteur soutient les conclusions qu'il a déjà présentées dans une précédente communication : 1° que le galvano-cautère doit être réservé pour une proportion relativement faible de cas : ceux dans lesquels on a lieu de soupçonner l'hémophilie, ceux où l'on peut reconnaître des anomalies vasculaires, ceux qu'une disposition anatomique spéciale rend impropres à une excision complète des amygdales, ceux enfin où l'emploi de l'instrument tranchant est formellement repoussé ; 2° que lorsqu'on a affaire à des malades au-dessous de 20 ans, on doit leur laisser le choix entre la cautérisation et la section, après leur avoir exposé les avantages et les inconvénients des deux méthodes.

Pour ce qui est des enfants, l'auteur ne partage pas du tout l'opinion de Saint-Germain et de Balme relativement à la possibilité d'employer chez eux le galvano-cautère. Tout au plus une première séance serait-elle possible, mais les petits malades se refuseront à la répétition des cautérisations et l'on n'aura chez eux que des résultats incomplets. Quant à l'anse galvano-caustique, il n'y faut songer chez eux qu'à la faveur de l'anesthésie générale. Le procédé vraiment pratique pour le jeune âge c'est l'amygdalotomie en raison de la promptitude de son exécution. Pour les enfants particulièrement nerveux et indociles, l'opération pourra être avantageusement pratiquée à l'aide du protoxyde d'azote. Les dangers de l'hémorrhagie consécutive ont été fort exagérés. Quand elle survient, elle tend, à la rigueur, à s'arrêter d'elle-même par le fait de la syncope et l'auteur rappelle ici l'affirmation de Delavan, que l'on ne connaît pas d'exemple d'une hémorrhagie mortelle, à la suite de l'incision d'une amygdale *simplement hypertrophiée*.

L'auteur recommande l'emploi local de la cocaïne, non que ce médicament assure une analgésie absolue pendant l'opération elle-même, mais parce que l'anesthésie superficielle que l'on obtient donne plus de quiétude pour mettre en position l'amygdalotome ou l'anse.

L'auteur a employé des procédés différents pour les deux amygdales d'un même sujet, afin d'apprécier la supériorité de l'un sur l'autre surtout au point de vue du minimum de la douleur infligée, après cocaïnisation.

Chez une malade par exemple, l'une des amygdales a été enlevée au moyen de l'anse froide et l'autre au moyen de l'anse galvanique. La première méthode a donné un résultat plus radical mais s'est montrée beaucoup plus douloureuse, en outre, l'opération pratiquée avec l'anse galvanique a été plus rapide et suivie de phénomènes réactionnels moins intenses.

Chez quatre autres sujets, l'amygdalotome fut employé d'un côté et l'anse galvanique de l'autre. Or l'amygdalotomie parut sensiblement plus douloureuse sur le moment, mais la dysphagie consécutive fut de moindre durée et la cicatrisation plus prompte qu'avec l'autre procédé.

Pour l'application de l'anse galvano-caustique, l'auteur recommande l'emploi d'un petit stylet coudé, fourchu à son extrémité et destiné à bien conduire le fil tout autour de la glande. Quand ce dernier est bien en place, il recommande, avant de commencer la constriction, de faire passer le courant pendant un temps très long. Cette manœuvre a pour conséquence de faire adhérer l'anse aux tissus et de l'empêcher de glisser au moment où l'on commence à la serrer.

En somme, l'auteur ne paraît pas prôner exclusivement l'une des méthodes au préjudice de l'autre. Il ne croit pas que la plaie consécutive à la cautérisation soit plus exposée à la diphtérie que celle consécutive à la section. D'autre part il reconnaît que, dans certains cas, l'anse galvanique n'a pas mis l'opéré à l'abri de l'hémorrhagie consécutive, mais il pense que cet accident pourrait être attribué à une température insuffisamment élevée de l'anse et à des tractions exercées sur l'amygdale pour en faciliter le détachement. Comparant enfin l'anse galvano-caustique à l'ignipuncture, il considère le premier procédé comme préférable au second en ce sens qu'il n'exige qu'une seule séance opératoire.

Discussion. — A. DE BLOIS s'étonne que le Dr Knight n'ait pas fait mention de l'aiguille électrolytique dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne. Ce procédé lui aurait donné d'excellents résultats, en une douzaine de séances.

BOSWORTH préfère l'excision de l'amygdale aux méthodes qui exigent un grand nombre de séances. Ces dernières prolongent inutilement les souffrances des malades.

RICE a eu l'occasion de comparer chez un même malade la valeur de l'excision et de la cautérisation au point de vue du danger de l'hémorrhagie. Chez un homme dont une amygdale avait été sectionnée au prix d'une hémorrhagie des plus graves, il put extirper l'autre glande, en une seule séance, sans perte de sang, en la sectionnant au moyen du galvano-cautère à lame de couteau.

Lorsqu'il doit recourir à l'amygdalotomie il commence par insensibiliser la région par un badigeonnage à la cocaïne et il se sert de l'instrument mal aiguisé qu'il fait manœuvrer avec lenteur, de façon que les vaisseaux soient comprimés avant d'être ouverts.

Traitement des lésions amygdaliennes sans hypertrophie,
par JOHN O. ROE.

L'auteur se préoccupe dans ce travail du meilleur traitement à opposer à certaines amygdales non hypertrophiées dont la seule lésion consiste en une inflammation folliculaire donnant lieu à la formation et à la rétention, dans les cryptes de la glande, de masses caséuses pouvant être le point de départ d'abcès, communiquant à l'haleine une odeur fétide et susceptibles d'entretenir un état d'irritation continuelle dans le pharynx et de provoquer des réflexes à distance. Il croit que cette affection est fréquemment la conséquence du traitement prolongé de l'hypertrophie amygdalienne par les astringents, chez les enfants. Cette médication, tout en déterminant le retrait de la glande, aurait pour conséquence d'emprisonner à son intérieur les produits de sa sécrétion. Il pense que le meilleur traitement à opposer à cet état de choses est l'excision au moyen de l'instrument tranchant. Pour ce faire, la glande est attirée vers le centre de la bouche au moyen d'un ou plusieurs ténaculums et l'on en détache tout ce que l'on peut, au moyen d'un bistouri courbe spécial. On finit ainsi par laisser, à la place de l'amygdale, une cavité régulière sans anfractuosités. Il n'a jamais vu cette opération être accompagnée ou suivie d'hémorrhagie, ce qu'il attribue au faible développement des vaisseaux amygdaliens dans ces circonstances.

Discussion. — SWAIN opère les cas semblables avec le couteau galvano-caustique dont il se sert pour ouvrir largement les cryptes amygdaliennes et en cautériser les cavités.

SOLIS-COHEN préfère provoquer la sortie des masses caséuses en pressant la surface de la glande avec une curette mousse et cautériser l'intérieur des cavités avec un mélange d'une partie de créosote avec une partie d'iode et cinq parties d'iodure de potassium en dissolution dans dix parties de glycérine. Quand ce procédé ne réussit pas, il ouvre largement les cryptes au moyen de ciseaux dentelés dont une branche seulement est introduite dans la cavité. Cette dernière est ensuite râclée avec une curette mousse.

DALY a vu des phénomènes d'auto-infection se produire chez quelques

malades par le fait du séjour dans les cavités amygdaliennes de masses caséuses putréfiées.

KNIGHT insiste sur la nécessité de rechercher cette affection dans le cas d'irritation habituelle de la gorge, d'origine mal déterminée. Les masses caséuses peuvent passer inaperçues si l'on n'a soin d'en rechercher l'existence par une pression exercée à la surface de l'organe.

JOHNSTON a vu des cas où les masses caséuses étaient durcies au point de ressembler à des cristaux.

De quelques manifestations rares de la tuberculose dans le larynx,
par CLARENCE C. RICE.

La première partie du mémoire de Rice est consacrée à l'étude de certaines formes combinées de syphilis et de tuberculose. Dans les deux cas qu'il rapporte, on constatait au laryngoscope :

1° Une destruction partielle de l'épiglotte ; 2° une infiltration aryténoïdienne double. A la suite de l'administration du traitement ioduré, la lésion épiglottique se cicatrisa complètement, tandis que les lésions aryténoïdiennes continuèrent à progresser. Il existait donc chez ces deux malades, d'une part, des lésions syphilitiques justiciables de la modification spécifique, d'autre part, des lésions tuberculeuses occupant un siège différent et rebelles à la médication précédente.

L'auteur rapporte ensuite l'observation d'un fait semblable à ceux antérieurement cités par Gouguenheim (qu'il ne cite pas), dans lequel nous voyons des ulcérations tuberculeuses des cordes vocales recouvertes de granulations exubérantes et accompagnées de la formation de végétations papillomateuses abondantes, à la région aryténoïdienne.

Vient ensuite l'observation d'un sujet chez lequel les deux cordes vocales ulcérées et immobilisées, en contact l'une avec l'autre, par suite d'une infiltration aryténoïdienne double, finirent par se souder sur la moitié antérieure de leur longueur.

La dernière observation est celle d'un homme de 29 ans, porteur de lésions pulmonaires très légères et affecté simultanément d'une tuberculose laryngée dont la seule manifestation était la présence d'une grosse tumeur arrondie rouge, siégeant au niveau de l'aryténoïde gauche et masquant la plus grande partie de la glotte. Cet homme ayant antérieurement avalé une arête de poisson de travers, l'auteur crut d'abord à un abcès traumatique ; mais l'incision de la tumeur ne donna pas lieu à un écoulement de pus. Le malade s'en fut alors consulter le D^r Gerster

de New-York qui pratiqua l'ablation de la tumeur par laryngo-fissure. L'examen du néoplasme révéla sa nature tuberculeuse.

A propos de ce fait, l'auteur vante incidemment les bons effets des badigeonnages cocaïnés, dans le cas d'œdèmes laryngiens, avec menace d'asphyxie. On pourrait ainsi obtenir un retrait permanent de la tumeur et éviter la trachéotomie.

Relation de deux cas de tuberculose buccale, par C. E. BEAN.

Le premier cas concerne un homme de 33 ans. L'ulcération précédée de plusieurs années par des hémoptysies fit son apparition sur le côté droit de la pointe de la langue sous la forme d'une crevasse et ne cessa de progresser. En même temps la langue gonflait au point de doubler de volume. Quelques mois après : apparition d'enrouement suivi bientôt d'aphonie complète. Au laryngoscope : épaissement et ulcération du bord droit de l'épiglotte et ulcération des deux cordes vocales. En même temps, signes d'infiltration aux deux sommets. L'intérêt spécial du second cas réside dans ce fait qu'il fut observé chez une femme. Ce serait d'après l'auteur le troisième cas connu dans la science.

L'ulcération linguale fut précédée de symptômes pulmonaires et d'hémoptysies. Elle apparut sur le bord droit de cet organe, tout près de la pointe, et en deux mois, gagna toute la longueur de ce bord, atteignant la partie inférieure de l'amygdale et la paroi postérieure du pharynx. Pas d'autres signes laryngés qu'une inflammation superficielle.

Traitement : Huile de foie de morue à l'intérieur ; localement : applications d'oléate de cocaïne à 5 pour cent, puis d'acide lactique. Cette médication n'eut d'ailleurs aucune efficacité, ni contre l'extension de l'ulcération, ni contre la douleur.

Dans la discussion consécutive Bryson Delavan rapporte l'histoire d'un malade dont il avait déjà communiqué l'observation en 1886. Ce malade était porteur d'une ulcération tuberculeuse de la langue qu'il traita avec succès par l'excision complète des parties malades. Les dernières nouvelles reçues du malade trois mois auparavant confirmaient le maintien de la guérison.

Note sur l'emploi de solutions de nitrate d'argent dans le traitement de la laryngite chronique, par S. SOLIS COHEN.

Ce traitement vise les lésions très légères mais tenaces qu'on observe chez les personnes sujettes aux fatigues locales professionnelles, après

qu'une médication appropriée a produit une amélioration notable de leur état et que cette même médication est impuissante à faire disparaître complètement, de sorte que l'enrouement tend à reparaitre, dès que les malades veulent reprendre leurs occupations.

Ces lésions consistent, soit en une rougeur continue ou répartie irrégulièrement par places, sur les cordes vocales, soit en un aspect terne de leur surface.

Pour faire disparaître ces reliquats inflammatoires, l'auteur conseille des badigeonnages intra-laryngés pratiqués avec des solutions faibles de nitrate d'argent (environ 10 centig. pour 30 grammes).

Ces badigeonnages doivent être faits, chaque jour, ou tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il se produise une réaction congestive; ils doivent alors être plus espacés. La congestion produite ne tarde pas à se dissiper, entraînant à sa suite une amélioration manifeste.

Si cette amélioration tarde à se produire on peut user de solutions un peu plus fortes. D'une façon générale, dit l'auteur, la force de la solution doit être en raison inverse des progrès de la maladie vers la guérison.

Traitement local de la diphtérie, par J. C. MULHALL.

Ce traitement est basé, dit l'auteur, sur les considérations suivantes : 1° qu'il s'agit d'une maladie infectieuse ; 2° que, dans la grande majorité des cas, le microbe spécifique commence par élire domicile dans les amygdales ; 3° que leur colonisation (à moins qu'elle soit enrayée par des agents antiseptiques) aboutit à des phénomènes de putréfaction locale, entraînant une septicémie secondaire ; 4° que l'envahissement des cavités nasales et laryngée augmente beaucoup la mortalité ; 5° que la maladie a des tendances adynamiques.

Le but principal poursuivi par l'auteur étant d'enrayer la maladie dans son foyer primitif, il préconise avant tout une méthode spéciale de lavage du pharynx pouvant être exécutée dans la position couchée, de façon à ne pas fatiguer les malades. Le lavage est pratiqué avec une seringue ordinaire dont la canule est introduite jusque dans le fond de la bouche. Dès que le liquide est lancé, l'enfant abaisse instinctivement son épiglote et il en résulte qu'il ne se produit ni toux ni suffocation. Une toile cirée étant placée sous l'enfant, le lavage est pratiqué pendant que celui-ci est étendu dans son lit, la tête tournée vers l'opérateur. L'auteur recommande, comme liquide de lavage, un mélange d'acide phénique et de solution iodo-iodurée diluée dans de l'eau chaude saturée d'acide bori-

que. A l'état de veille, le lavage doit être renouvelé, toutes les heures et, pendant le sommeil, toutes les trois heures.

Pour ce qui est des fosses nasales, l'auteur insiste sur l'importance de les surveiller, pendant l'évolution de la diphthérie.

Même lorsqu'elles ne présentent aucune trace de la maladie, il croit prudent d'instituer à leur égard un traitement préventif, par l'insufflation de poudre antiseptique à leur intérieur. A plus forte raison, si ces cavités ont été envahies par la maladie, importe-t-il de les traiter énergiquement au moyen de lavages analogues à ceux du pharynx, à cela près qu'on se servira de solutions plus faibles, en raison de l'irritabilité spéciale de la muqueuse nasale. Il recommande en outre pour ces cavités l'emploi d'une petite seringue pourvue d'une canule mousse spéciale conformée de façon à ne pouvoir blesser l'entrée des narines.

Lorsque la diphthérie a gagné le larynx, l'auteur conseille de l'y combattre par la méthode des inhalations. Sa méthode n'est du reste qu'une modification de celle de Delthil : dans une chambre préalablement désinfectée au moyen de vapeurs sulfureuses, on installe, sur des fourneaux à gaz, deux bassines renfermant chacune deux litres d'eau, un quart de litre de goudron de pin et une grande cuillerée d'huile de térébenthine.

De quelques manifestations de la lithémie dans les voies respiratoires supérieures, par F. WHITEHILL HINKEL.

L'auteur rappelle que le terme lithémie s'applique à une catégorie spéciale de malades caractérisée par leur tendance à former de l'acide urique en excès et à consommer des phosphates. Ces sujets sont, en outre, particulièrement prédisposés à des troubles digestifs, notamment sous l'influence de l'usage des féculents, du sucre et des fruits acides. Leurs symptômes sont exaspérés par les émotions, les fatigues intellectuelles et la vie sédentaire. D'après l'auteur, cette diathèse exposerait en outre les malades à des manifestations spéciales au niveau de la muqueuse respiratoire supérieure. Ces manifestations consisteraient en un état habituel d'irritation pharyngée, avec congestion disséminée sous forme de taches, sur la face laryngée de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques et les bandelettes ventriculaires. Les malades seraient, en outre, sujets à une toux rauque, sèche et quinteuse et à une extrême impressionnabilité du larynx.

D'après le Dr Roswell Park, le cystoscope révélerait, sur la muqueuse vésicale de ces malades, une congestion en plaques semblables à celles du larynx.

L'auteur a, en outre, noté des poussées de catarrhe naso-pharyngien coïncidant avec des crises d'élimination calculeuse.

Comme traitement, il conseille localement des applications calmantes et, à l'intérieur, des alcalins, sans omettre les mesures hygiéniques spéciales indiquées par l'état général des malades.

Hémorrhagies d'origine laryngée, par WILLIAM PORTER.

L'auteur insiste sur la nécessité de bien établir l'origine laryngée de certaines hémoptysies, la possibilité du fait étant encore douteuse pour la majorité des médecins qui tendent à rapporter aux poumons tout crachement de sang à point de départ obscur. Or, il a pu, dans trois cas, constater nettement au laryngoscope le point de la cavité laryngée où s'était fait l'épanchement sanguin.

1^{er} cas. — Jeune fille de 18 ans. A eu des hémoptysies répétées accompagnées d'enrouement, et, par intervalles, de sensibilité de la région glottique. Après un premier examen négatif dans lequel l'auteur n'avait pu constater de lésion thoraciques ni déterminer un point saignant sur la muqueuse laryngée, il eut l'occasion de l'examiner une seconde fois, au moment où elle crachait du sang. Cette fois, il put voir que l'hémorrhagie provenait d'une petite érosion de la bandelette ventriculaire droite. Après plusieurs réapparitions, l'hémorrhagie finit par s'arrêter et les lésions laryngées elles-mêmes cédèrent au traitement. Ces accidents avaient lieu il y a deux ans, et, depuis lors, l'auteur n'a constaté ni retour de l'hémoptysie ni signes d'affection pulmonaire.

2^e cas. — Au mois de janvier de la présente année l'auteur vit pour la première fois le malade, homme de 42 ans, robuste, possédant de bons antécédents, mais passant sa vie dans des lieux humides. Cet homme était sujet depuis un an à des hémoptysies qu'il croyait provenir des poumons. Lorsque l'auteur le vit, il était légèrement enroué et crachait précisément du sang. Or, tandis que l'examen thoracique fut négatif, l'inspection du larynx permit de déterminer que le sang provenait de l'extrémité postérieure de la corde vocale droite qui est très rouge et gonflée. L'hémorrhagie cessa d'ailleurs par l'application directe de perchlorure de fer en ce point et la laryngite s'améliora sous l'influence d'un traitement approprié.

3^e cas. — Une jeune femme d'environ 35 ans, d'apparence délicate, avait consulté l'auteur, trois mois auparavant, au sujet d'une toux persistante et d'hémoptysies légères mais répétées qui l'inquiétaient depuis six semai-

nes : pas d'autre expectoration que le sang mélangé à un peu de mucus; fièvre ne dépassant pas un demi-degré; pouls légèrement accéléré; pas d'amaigrissement, bon appétit; pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. Résultat négatif après un examen minutieux de la poitrine. Au laryngoscope : rougeur de la muqueuse laryngée qui paraissait en outre gonflée au niveau du cartilage aryénoïde gauche et sur toute la paroi gauche du larynx y compris la corde vocale. Il existait à ce moment un certain degré d'enrouement, mais pas d'hémorrhagie. Ce ne fut qu'à la 3^e visite de la malade que l'auteur put déterminer l'origine de l'éconlement sanguin.

Profitant, en effet, cette fois, de la réapparition de l'hémorrhagie pour pratiquer un nouvel examen du larynx, il constata que le sang partait d'un point correspondant à l'insertion postérieure de la corde gauche.

Le sang ne reparut pas pendant les derniers mois. Quinze jours après la dernière hémoptysie, l'auteur constata des signes de tuberculose pulmonaire, du côté droit, non au sommet, mais en avant, au niveau du troisième espace intercostal. Il constata en effet à ce niveau une légère matité, une diminution du murmure vésiculaire et une expiration prolongée.

L'auteur pense que dans ce dernier cas, il s'agissait d'une phtisie pulmonaire *ab hæmoptæ*.

Il conclut de ces observations que l'hémoptysie présente une signification moins grave au point de vue la possibilité d'une tuberculose ultérieure, quand elle tire son origine de la cavité laryngée, que quand elle provient du poumon et que par conséquent il y a grand intérêt à en déterminer la source.

Extirpation d'une tumeur laryngée par laryngotomie. — Récidive 22 ans après (avec figures), par RUFFUS P. LINCOLN.

Il s'agit d'une dame qui, en juin 1872, alors qu'elle était âgée de 23 ans, commença à éprouver un enrouement persistant qui aboutit, au bout de deux mois, à une aphonie complète. Ce dernier symptôme s'accompagna bientôt lui-même de toux et de dyspnée. Ce ne fut toutefois qu'en janvier 1864 que la malade ayant été vue, pour la première fois, par le Dr Elsberg, celui-ci constata, à l'examen laryngoscopique, l'existence d'une tumeur pendant le long de la paroi gauche du larynx et couvrant l'attache postérieure des cordes vocales. Cette tumeur, très volumineuse, était insérée en avant, le long du bord inférieur de l'épiglotte et semblait sortir latéralement des ventricules de Morgagni.

Elle descendait jusqu'au-dessous de la glotte, adhérant à la paroi laryngée, sur plusieurs points de sa longueur. Sa consistance était demi-molle et elle avait l'aspect d'un chon-fleur. Pendant une période de quinze jours, le néoplasme fut attaqué, par les voies naturelles au moyen de pinces coupantes et l'on en enleva une masse ayant le volume d'un œuf. Les débris furent cautérisés, au moyen du nitrate acide de mercure. A la suite de cette intervention, la respiration redevint normale, la voix resta chuchotée, mais plus perceptible. Les fragments de la tumeur examinés au microscope présentaient la structure d'un fibro-sarcome. La tumeur ne tarda malheureusement pas à se reproduire et le Dr Elsberg pratiqua, au mois de novembre 1867, une laryngotomie, sans trachéotomie préalable, grâce à laquelle la cavité laryngée fut complètement débarrassée de tout vestige néoplasique. La guérison fut complète et, au dire de la malade, la voix était redevenue bonne, au bout de trois mois. Aucune apparence de récidive jusqu'à l'été 1888. A cette époque, la malade s'étant soumise à un nouvel examen, l'auteur constata l'existence d'une tumeur ayant environ le volume d'un gros grain de blé et siégeant sur le tiers postérieur de la corde vocale droite. Elle cédait à la pression de la sonde, était de coloration rouge clair et avait l'apparence d'un papillome ordinaire.

Le 24 mai 1889, l'auteur pratiqua en une seule séance par les voies naturelles l'ablation complète de la tumeur, à l'aide des pinces de Cuzco. La voix fut immédiatement améliorée. L'examen histologique pratiqué par le Dr Fergusson montra qu'il s'agissait en effet d'un papillome vulgaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Nouvelle bougie œsophagienne. — Insufflateur perfectionné. — Scie osseuse pour les fosses nasales, par JOHN O. ROE.

Nouvelle bougie œsophagienne (fig. 1).

L'olive conique qui termine cette bougie offre, comme particularité, d'être formée de deux sortes différentes de caoutchouc vulcanisé : la



FIG. 1.

moitié terminale ayant été mélangée avec 25 pour cent de sulfure de carbone et vulcanisée à 250° F. présente une consistance molle, tandis

que la portion postérieure mêlée à 50 pour cent de sulfure et vulcanisée à environ 300° F. est beaucoup plus dure. Il en résulte que l'extrémité de l'olive s'insinue facilement dans les parties rétrécies, entraînant à sa suite la partie dure, qui, ne se laissant pas déprimer, exerce l'action dilatatrice que l'on recherche.

Insufflateur perfectionné (fig. 2).

Cet insufflateur se compose d'un récipient traversé à sa partie inférieure par une tige creuse à laquelle on peut adapter un tube en caoutchouc simple ou muni d'une poire. Dans son trajet à travers le récipient, la tige



FIG. 2.

qui peut tourner sur elle-même, dans le réservoir, présente un orifice permettant à la poudre d'y pénétrer quand il est tourné vers le couvercle du réservoir et se fermant au contraire naturellement quand il est tourné vers le fond. Il suffit donc d'imprimer une demi-rotation à la tige pour la charger de poudre et un second mouvement de demi-rotation pour la mettre en bonne position pour l'insufflation.

Scie osseuse pour les fosses nasales (fig. 3).

En faisant exécuter cette scie, l'auteur a voulu remédier au principal inconvénient de la scie de Bosworth, consistant en une trop grande flexibilité de la lame, rendant difficile la mise en train de l'opération. Ici,

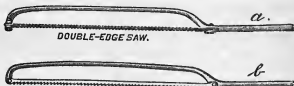


FIG. 3.

l'instrument représente un archet résistant dont la corde est représentée par la scie. Cette dernière se trouvant ainsi tendue et maintenue, l'auteur a pu lui donner la finesse d'une scie d'horloger, ce qui lui permet d'entamer l'os très facilement. On remarquera seulement que la profon-

deur à laquelle peut pénétrer la scie est limitée par la distance qui sépare cette dernière de l'arc métallique.

Aussi, dans le cas où l'épaisseur d'os à scier est trop considérable, l'auteur recommande-t-il de commencer l'opération avec son instrument et de la terminer avec celui de Bosworth.

Appareil pour douche pharyngée, par SAMUEL JOHNSTON (fig. 4).

Comme l'indique la figure, cet appareil n'est autre qu'un siphon gazeux à l'embouchure duquel est adapté un tube en caoutchouc. On se sert



FIG. 4.

d'eau gazeuse simple ou additionnée d'acide phénique ou de tout autre médicament.

Modification du rétracteur palatin de Voltolini (fig. 5),
par ETHELBERT CARROLL MORGAN.

Le manche est coudé de façon à ce que la main de l'aide qui rétracte



FIG. 5.

le voile (pendant les opérations pratiquées sur la voûte pharyngée) ne soit pas sur le trajet de la ligne visuelle de l'opérateur.

LUC.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

PUBLICATIONS FRANÇAISES

La chirurgie du sinus sphénoïdal, par le Dr ÉMILE BERGER. Paris, Doin, 1890, in-8° de 80 pages.

Dans ce mémoire, M. Berger résume ses recherches antérieures sur le même sujet, y ajoute de nouvelles et intéressantes observations, montrant bien que les lésions du tissu sphénoïdal peuvent être la cause d'un grand nombre d'affections oculaires, et s'occupe du manuel opératoire de la trépanation de ce sinus.

Il rattache à un vice de développement du corps du sphénoïde pendant la vie intra-utérine l'atrophie congénitale du nerf optique dans les malformations congénitales du crâne, s'appuyant en cela sur une autopsie pratiquée par Ponfick; et propose d'attribuer à des anomalies de développement du même os pendant la croissance les pseudo-atrophies papillaires avec intégrité ou léger affaiblissement de la vision, et l'atrophie gèneine de la papille (maladie de Leber) qui se développe entre 20 et 30 ans, époque correspondant au complet développement du corps du sphénoïde. Il s'agirait alors de compressions plus ou moins accusées ou rapides du nerf optique dans son canal osseux.

Les affections de la muqueuse du sinus peuvent causer du larmolement du même côté, de la photophobie, du blépharospasme se traduisant par le resserrement de la fente palpébrale du côté affecté, de la rhinorrhée séreuse ou enfin des troubles oculaires plus sérieux, dus à une névrite ou à une péri-névrite optique aiguë rétro-bulbaire, ainsi que l'auteur en a recueilli trois observations.

La nécrose du sinus sphénoïdal peut causer la thrombose de l'artère ophtalmique.

Si la paroi commune du sinus et du canal optique, dont l'épaisseur est très variable, est refoulée par une tumeur, on observe la névrite, l'atrophie du nerf optique, de même que le trijumeau peut être intéressé si la tumeur se propage dans la fente sphénoïdale. Dans le cas de propagation au rocher, il existe des troubles auditifs. La céphalalgie, des accès épileptiformes, indiquent une propagation rapide à la cavité crânienne; à

l'examen du champ visuel le premier signe observé en cas de compression du canal optique par une tumeur du sinus sphénoïdal est le rétrécissement temporal, celui-ci ne devient concentrique que plus tard.

Il est donc possible, dans un certain nombre de cas, de diagnostiquer les maladies du tissu sphénoïdal ; et il importe dès lors que le chirurgien sache par quels moyens opératoires il pourra pénétrer dans cette cavité.

Pour y arriver, trois voies s'offrent à l'opérateur : la cavité naso-pharyngienne, l'orbite, et la fosse nasale.

L'ouverture par le pharynx nasal est très difficile à pratiquer, et de plus elle est dangereuse, car en cas d'anomalie inattendue, on pourrait pénétrer dans le crâne. Cette opération n'a d'ailleurs pas été tentée jusqu'ici.

L'ouverture par l'orbite, à travers les cellules ethmoïdales, a été faite une fois avec succès par Bergh ; dans un autre cas, Post est arrivé dans le sinus, qui se prolongeait dans les petites ailes du sphénoïde, en perforant à ce niveau la paroi cariée. Le moyen employé par Post est évidemment un procédé qui ne peut être utilisé qu'exceptionnellement. Celui de Bergh se trouvera quelquefois indiqué, en cas de nécrose de la paroi interne de l'orbite.

L'ouverture par la fosse nasale est le procédé de choix ; et c'est à lui qu'il faut recourir en cas de suppuration diagnostiquée à l'examen rhinoscopique, de certaines tumeurs, etc. Elle a donné des résultats satisfaisants à Schœffer, Heryng, Rolland, Quénu, Trouseau, Moure, Ruault, qui l'ont pratiquée, en perforant la paroi antérieure de la cavité au niveau des cornets de Bertin.

RUAULT.

Contribution à l'étude de l'innervation vaso-dilatatrice de la muqueuse nasale, par M. FRANÇOIS FRANK. *Archives de physiologie*, décembre 1889, n° 4, p. 691.

J.-L. Prévost, Jolyet et Laffont ont démontré que le nerf maxillaire supérieur renferme des vaso-dilatateurs pour la muqueuse nasale ; et Dastre et Morat que ces vaso-dilatateurs, contenus dans le nerf maxillaire supérieur, viennent en majorité du sympathique cervical. Ces deux derniers auteurs, et aussi M. François Frank, ont constaté que le nerf facial ne fournit pas de vaso-dilatateurs au nerf maxillaire supérieur : celui-ci les reçoit directement des centres.

Les nouvelles recherches de M. François Frank ont porté sur le filet ethmoïdal du nerf ophtalmique, et sur le nerf de la cloison (naso-palatin interne).

Après avoir mis la cloison de l'animal à découvert, il incisait la muqueuse et recherchait le nerf, pour l'exciter à sa partie la plus postérieure. Dans deux cas positifs sur un assez grand nombre de tentatives sans résultat, il a vu la muqueuse de la cloison se colorer vivement dans son quart inférieur et antérieur. Aussi pense-t-il que le nerf naso-palatin interne partage l'action vaso-dilatatrice des autres branches nasales du ganglion sphéno-palatin.

Pour rechercher l'action vaso-dilatatrice du filet ethmoïdal du rameau nasal de l'ophtalmique, l'auteur a procédé de la façon suivante : la région frontale du crâne étant largement ouverte, les lobes antérieurs du cerveau soulevés, les bulbes olfactifs enlevés, il a mis à découvert le nerf nasal, en enlevant la voûte orbitaire, et, en excitant ce nerf, qui par son filet ethmoïdal fournit des rameaux vasculaires à la muqueuse de la partie antérieure des fosses nasales, l'expérimentateur a obtenu de la rougeur de la muqueuse et le gonflement du segment antérieur du cornet inférieur. Cette action vaso-dilatatrice se maintient malgré la dégénération du facial et des filets crâniens du sympathique cervical. M. François Frank l'a en effet obtenue sur un animal qui avait subi l'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique et l'arrachement du nerf facial.

RUAAULT.

Pathologie et thérapeutique du pharynx, des fosses nasales et du larynx, par le professeur MASSEI. Tome 1 : *Pharynx et fosses nasales*. 1 vol. de 429 pages avec figures. Naples, 1889.

L'ouvrage que notre savant confrère de Naples appelle modestement un « petit traité » (trattatello) est en réalité un livre excellent de tous points, où il a condensé sous une forme à la fois claire, précise et attrayante, l'histoire des maladies du pharynx et des fosses nasales.

Pour arriver à son but, M. Massei a dû s'efforcer d'éviter les répétitions, et il y est parvenu en décrivant successivement les lésions nasales et pharyngées de même ordre : après l'hyperhémie pharyngienne il parle de l'hyperhémie nasale, après la syphilis de la gorge, de celle du nez, etc. Cette façon de faire étonne au premier abord, parce qu'elle s'écarte des usages ordinaires ; mais après avoir lu le livre, il ne reste plus qu'à féliciter l'auteur de l'avoir adoptée, car il en a tiré un parti excellent, et c'est grâce à elle qu'il a pu, en peu de pages, faire tenir tant de bonnes choses.

Un ouvrage du genre de celui que nous recommandons aujourd'hui à

l'attention de nos confrères ne saurait se prêter à l'analyse. M. Massei, qui est un maître autorisé, aurait pu se borner à exposer ses vues personnelles ; mais il ne l'a pas voulu, et il a pris soin au contraire de signaler les idées des différents auteurs à propos de chaque question, même lorsqu'elles diffèrent des siennes propres. Aussi ne peut-on mieux faire, pour donner une idée exacte de ce livre, dont la lecture attentive s'impose à tous les spécialistes, que de le signaler comme un exposé, à la fois très concis et très complet de l'état actuel de la science, présenté par un homme que sa compétence et son érudition ont placé depuis longtemps au premier rang des laryngologistes contemporains.

RUULT.

Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable, par le Dr PÉRIER. *Soc. de chirurgie*, séance du 19 mars.

Cette opération fut pratiquée pour un épithélioma ayant envahi les deux cordes vocales du côté gauche. Deux incisions transversales furent faites, unissant les bords antérieurs des muscles sterno-mastoïdiens, l'une inférieure passant à un travers de doigt au-dessous du cartilage cricoïde, l'autre, supérieure, passant entre le bord supérieur du cartilage cricoïde et l'os hyoïde. Ces deux incisions ayant été réunies par une 3^e verticale et médiane, deux volets furent disséqués, comprenant toutes les parties molles situées au-devant et sur les côtés du larynx. Cela fait, un fil fut passé à travers la trachée et ce conduit ayant été incisé transversalement, le bout inférieur soulevé au moyen du fil reçut une canule très large par laquelle la chloroformisation fut continuée.

Le larynx put alors être disséqué en arrière jusqu'aux grandes cornes du cartilage thyroïde au niveau desquelles il fut sectionné de telle sorte que l'épiglotte reconnue intacte put être laissée en place.

La plaie fut ensuite suturée sur toute sa hauteur, sauf à ses deux extrémités ; on laissa en effet un intervalle libre à sa partie supérieure, en vue d'un larynx artificiel et la trachée fut suturée et maintenue béante à sa partie inférieure. Pour cela la demi-circonférence antérieure de la trachée fut fixée à la lèvre inférieure de la plaie et sa demi-circonférence postérieure à sa lèvre supérieure. Le malade succomba dans la soirée à une syncope mortelle.

Nous avons répété sur le cadavre l'ingénieuse opération de M. Périer et nous avons pu nous convaincre que ce procédé ne créait pas de difficultés opératoires spéciales.

Son exécution dépend de la tolérance respiratoire du malade ; aussi

nous paraît-il devoir être réservé aux cas où l'on pourra intervenir alors que l'affection laryngée n'aura encore produit qu'un faible degré de sténose laryngée.

LUC.

De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoïdes, dans ses rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques, par le Dr P. REDARD. *Gaz. méd. de Paris*, 1890, n° 12, p. 134.

Indépendamment des déformations thoraciques autrefois rattachées à l'hypertrophie des amygdales et qu'on sait aujourd'hui dépendre de l'obstruction nasale, surtout par les tumeurs adénoïdes, l'auteur a observé un certain nombre de déviations du rachis (scolioses, cyphoses), relevant de la même cause (21 observations).

La cyphose dorsale, très fréquente chez les sujets atteints d'obstruction nasale, s'accompagne généralement de déformations thoraciques, avec dépression très marquée dans les creux sus-claviculaires, projection en avant des épaules, ensellure lombaire très prononcée.

Les scolioses dorsales, sans être aussi fréquentes, s'observent cependant assez fréquemment : elles sont en général peu prononcées, plus fréquentes chez les femmes, et siègent d'ordinaire du côté droit (7 fois sur 9 observations). Leur courbure est longue et ne s'infléchit fortement en son milieu qu'à une période avancée. Elles sont toujours accompagnées de déformation du thorax : celui-ci est rétréci, un des côtés est moins saillant, en avant et en arrière, avec dépression latérale et déformation légère des côtes, abaissement peu marqué de l'épaule.

Alors que les déformations thoraciques signalées jusqu'ici par les auteurs s'observent surtout pendant l'enfance, les scolioses au contraire apparaissent pendant l'adolescence (12 à 17 ans) seulement, et lorsque les tumeurs adénoïdes, accompagnées d'inflammation chronique des premières voies, ont grossi lentement et sont arrivées à produire l'obstruction complète des voies nasales. D'ordinaire, la cyphose suit les déformations thoraciques, et la scoliose n'apparaît qu'en dernier lieu ; celles-ci sont un effet des déformations thoraciques primitives.

Lorsque, par un traitement convenable, la perméabilité nasale a été rétablie, la guérison ou l'amélioration de ces déviations rachidiennes, ainsi que des déformations thoraciques, survient d'ordinaire assez rapidement.

RUULT.

Réulsion hépatique contre l'épistaxis, par M. HAFNER (d'Alger).
Bulletin médical de l'Algérie, janvier 1890, p. 131.

Un jeune homme de 17 ans, entré à l'hôpital pour un accès pernicieux palustre efficacement combattu par des injections sous-cutanées quini-ques, est pris d'épistaxis survenant journellement vers 6 heures du soir, et quelquefois plusieurs fois par jour. La quinine et les hémostatiques (perchlorure de fer, ergotine, etc.) ayant échoué, on applique un vésica-toire au niveau du foie.

Les épistaxis cessent pendant 2 jours, puis reparaissent pendant cinq jours. Nouveau vésicatoire, qui amène la cessation définitive des hé-morrhagies nasales.

RUULT.

L'acide lactique dans le traitement des affections nasales, par le
D^r ASTIER. Paris, 1889.

Le D^r Astier a employé sans succès l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée; après avoir constaté que les applications étaient douloureuses, amenaient des accès de suffocation inquiétants, et des œdèmes des replis ary-épiglottiques, il y a renoncé. Mais par contre, il s'est très bien trouvé de cet agent dans le traitement de la rhinite hy-pertrophique et de l'ozène. Dans le premier cas, il se sert d'un tampon roulé autour de l'extrémité d'un stylet résistant, qu'il imbibe d'une solu-tion de 10 gr. d'acide lactique dans 15 gr. d'eau, et il fait des frictions énergiques, jusqu'à produire un léger suintement sanguin. Lorsque la réaction produite est vive, il diminue le titre de la solution, dans le cas contraire, il l'augmente. La même manœuvre est répétée tous les jours, ou tous les 3 jours seulement chez les sujets intolérants. La durée du traitement varie de 2 à 6 semaines; et la guérison est obtenue dans les cinq sixièmes des cas. Si, après six semaines, on n'a pas obtenu de résultats, il faut renoncer à l'acide lactique et recourir au galvano-cautère. L'auteur a obtenu 80 guérisons par cette méthode. Dans 7 cas de rhinite atrophique avec ozène, il a obtenu également une amélioration marquée par les badigeonnages de la muqueuse avec une solution d'acide lactique au sixième.

RUULT.

De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par le D^r TROLARD (d'Alger). *Bulletin médical de l'Algérie*, 1^{er} février 1890, p. 151.

M. Trolard, professeur à l'École de médecine d'Alger, continue à pour-suivre ses études sur l'anatomie du système nerveux. Voici les conclu-

sions communiquées à la Société de biologie d'un mémoire de cet anatomiste sur l'appareil nerveux central de l'olfaction :

« Les nerfs ou troncs olfactifs, au niveau de l'espace perforé antérieur, forment par l'étalement de leur substance grise et par l'irradiation de leurs fibres blanches, celles-ci émanant d'un *arc olfactif*, une sorte de plaque sensitive, de *zone radiculaire postérieure sensitive*. Par sa structure et ses connexions, cette zone, qui occupe tout l'espace perforé, mérite le nom de *carrefour* ou de *champ olfactif*.

Ce carrefour est mis en relations :

1° *Avec la moelle prolongée*, par un faisceau qui prend naissance près du noyau facial et émerge de la protubérance annulaire à l'extrémité postérieure de l'espace perforé postérieur. Placé à côté de son congénère, il délimite au dehors cet espace perforé. Après être entré en connexions intimes avec l'éminence mamillaire, il continue son trajet d'arrière en avant, passe sous la bandelette optique, et va concourir à la formation d'une *bande diagonale* de tissu blanc, qui traverse de part en part le carrefour olfactif.

D'autres faisceaux, beaucoup plus petits, allant aussi à la bande diagonale, émanent du pédoncule cérébral ; mais ils proviennent très probablement du faisceau principal.

Celui-ci constitue le premier arc de l'appareil nerveux de l'olfaction ; c'est l'*arc rachidien* ;

2° *Avec le tubercule antérieur de la couche optique*. — Par son angle postéro-externe, la bande diagonale donne naissance à un ruban (*ruban péri-optique*) dont le *tænia* du sillon opto-strié n'est qu'une dépendance. Après avoir contourné la couche optique, il va aboutir au tubercule antérieur de ce renflement (tubercule olfactif de Luys). C'est l'*arc intermédiaire* ;

3° *Avec l'écorce cérébrale*. — Le tubercule antérieur de la couche optique est en connexion avec le corps godronné par les piliers de la voûte (bandelettes olfactives), dont les faisceaux s'entre-croisent en partie (*chiasma olfactif*) soit au-dessus de la commissure blanche antérieure, soit au niveau de la portion horizontale de la voûte, soit au niveau du psaltérium. C'est l'*arc cérébral*.

Indépendamment de cette communication indirecte du carrefour avec l'écorce par l'arc cérébral, il existe des communications indirectes : a) l'angle externe de la bande diagonale qui se continue avec la lame dentelée du lobule de l'hippocampe, laquelle est une dépendance du corps godronné ; b) l'angle interne de cette même bande, qui se continue

avec les nerfs de Lancisi et le prolongement supérieur (sus-calleux) du corps godronné d'une part ; avec les piliers antérieurs de la voûte dans l'épaisseur du septum lucidum, d'autre part. Ces communications constituent l'*arc direct*.

Le *centre cortical de l'olfaction* est très probablement constitué par la *circonvolution godronnée*, dont le corps bordant uni à la *lame bordante hippocampique* et la *lame bordante ammonique* constituent la portion médullaire.

La circonvolution godronnée est continuée en arrière par deux formations ; l'une est celle dite des nerfs de Lancisi ; l'autre est placée sous la face inférieure de la circonvolution du corps calleux qu'elle accompagne dans toute sa longueur, et va aboutir, avec les nerfs de Lancisi, à l'extrémité interne de la bande diagonale du carrefour olfactif.

Les éminences mamillaires seraient les analogues des tubercules genouillés et quadrijumeaux de l'appareil optique. Dans l'appareil olfactif, ils se confondraient, l'arc rachidien et l'arc cérébral entrant en contact au niveau de ces éminences.

Enfin la cloison transparente serait au chiasma olfactif ce qu'est la racine grise des nerfs optiques par rapport au chiasma optique. Quant au lobe olfactif, il n'est très probablement qu'une *expansion rétinienn*e des nerfs olfactifs, en tout semblable à celle des nerfs optiques. Seulement les éléments (dont une partie se trouve reportée sur la muqueuse nasale), seraient réunis dans une masse solide au lieu d'être étalés sur une sphère liquide ».

En résumé, la première paire crânienne se comporterait comme toutes les autres branches sensibles de l'organisme. Sa zone radiculaire serait d'abord mise en relation avec les cordons postérieurs du la moelle : arc rachidien. A ce premier arc, s'ajouterait l'arc intermédiaire qui aboutit à la corne postérieure de la station intermédiaire (courbe optique). Puis un troisième arc, l'arc cérébral, relierait la station intermédiaire au noyau cortical (la circonvolution godronnée). Enfin, un quatrième arc direct rattacherait l'écorce cérébrale à la zone radiculaire.

Le nerf olfactif, qui jusqu'à ce jour a été mis *hors rang*, doit donc reprendre sa place au milieu des autres nerfs émanant de l'axe encéphalo-médullaire.

RUAUT.

De la rhinite atrophique et de l'ozène, par le Dr ENG. DEUMIER.
Thèse de Paris, 1889.

Dans cette consciencieuse étude, basée sur trente-deux observations recueillies à la clinique laryngologique des sourds-muets, M. Deumier a

étudié avec soin la rhinite atrophique et ses complications, et ensuite le symptôme le plus important de cette maladie dans la plupart des cas, l'ozène.

Après avoir développé, en s'appuyant sur ses observations, les idées qui ont été émises par M. Ruault, dans un mémoire récent, sur l'indépendance relative qui existe entre l'affection rhinite atrophique et le symptôme ozène (fétidité spéciale), qui peuvent être observés indépendamment l'un de l'autre ; l'auteur passe à l'étude de la bactériologie de l'ozène et adopte, beaucoup trop hâtivement à notre avis, l'opinion d'Hajek qui croit que les micro-organismes donnant lieu à la fétidité se développent à la faveur de l'insensibilité de la muqueuse. En souscrivant à cette assertion, l'auteur se met en contradiction avec lui-même, puisqu'un chapitre entier de sa thèse est consacré à l'étude des réflexes nasaux qu'il a observés chez ses malades.

C'est là, d'ailleurs, le seul reproche que puisse mériter ce travail. L'anatomie pathologique, les symptômes, les complications de la rhinite atrophique sont très exactement et complètement décrits ; la bibliographie de l'étiologie de l'ozène est très complètement composée et souvent très judicieusement critiquée ; le traitement conseillé par l'auteur, qui est celui adopté par son maître M. Ruault (lavages naphtolés et pulvérisations d'huile) est l'objet d'un chapitre intéressant. Enfin le travail se termine par 32 observations recueillies avec soin, et toutes inédites, qui constituent des documents intéressants à consulter.

En résumé, le travail de M. Deumier est un des meilleurs parmi les thèses de doctorat parues jusqu'ici sur le même sujet ; et il mérite d'être lu en entier par tous ceux que la question intéresse.

D. F.

De la tuberculose nasale, par le Dr A. BOUTARD. Thèse de Paris, 1889.

M. Boutard a étudié, dans sa thèse, les lésions tuberculeuses des fosses nasales, ulcéreuses et végétantes, mais n'y a pas abordé l'étude du lupus.

Ce travail n'est que le développement de l'excellent mémoire que M. Cartaz a récemment consacré à cette question. L'auteur y rapporte toutes les observations publiées jusqu'à lui, et y ajoute 5 observations inédites, deux qui lui ont été communiquées par M. Moure, et trois qui appartiennent à M. Ruault. Les 3 premières ont trait à des ulcérations tuberculeuses ; les 2 dernières à des tumeurs tuberculeuses. La dernière

est surtout intéressante parce qu'elle a été suivie de guérison, au moins apparente, depuis plus d'une année.

L'auteur recommande le traitement employé par M. Ruault. Ablation de la tumeur ou des tissus ulcérés et sous-jacents avec la curette tranchante, après anesthésie locale ; pansement antiseptique ; créosote à l'intérieur longtemps continuée.

D. F.

Le pouls du voile du palais et de la luette dans l'insuffisance aortique, par le D^r P. MERKLEN. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1890, n° 11, page 127.

L'an dernier, dans un travail paru dans *Charité Annalen* (XIV, p. 247, 1889), F. Müller rapportait quatre observations de malades, atteints d'insuffisance aortique, et présentant des pulsations rythmiques du voile du palais, dont la signification et la pathogénie seraient les mêmes que celles du pouls capillaire. M. Merklen vient d'observer, chez un malade de son service, le même phénomène. Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, atteint d'une double lésion mitrale et aortique, avec hypertrophie très marquée du cœur gauche, survenues à la suite d'un rhumatisme articulaire subaigu. Indépendamment des signes de la lésion mitrale double, et d'un double souffle, systolique et diastolique, au foyer des bruits aortiques, ce malade présente de plus à l'appui de l'existence de l'insuffisance aortique le double souffle crural de Duroziez, et le pouls capillaire sous unguéal. Le pouls palatin est surtout visible avec une grande netteté du côté de la luette, où l'on observe un gonflement rythmique synchrone avec les pulsations radiales et carotidiennes.

RUAULT,

Carcinome primitif de l'amygdale. Mort subite. Communication à la *Soc. de chirurgie* par le D^r SCHMIT (de Versailles). Séance du 25 mars 1890.

Il s'agit d'un homme de 72 ans qui présenta en octobre 1887, une tumeur de l'amygdale droite, offrant les signes classiques du cancer. Une nuit, on entendit le malade tousser et, peu de temps après, il fut trouvé mort dans son lit.

L'auteur suppose que la mort fut causée par la chute d'un fragment de la tumeur dans le larynx ou par anémie bulbair, consécutivement à la compression exercée par le néoplasme sur les vaisseaux du cou.

LUC.

Contribution à l'étude de l'entrée de l'air dans les veines, au cours de la trachéotomie. Communicat. de M. CASSAET à la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux. *Bull. méd.*, 1890, p. 312.

L'accident se produisit au cours d'une trachéotomie pratiquée sur un homme de 29 ans, atteint de phthisie laryngo-pulmonaire et fut révélé par un sifflement caractéristique. Il est à remarquer que la veine sectionnée était non pas une veine profonde, mais un rameau d'union entre les deux jugulaires antérieures, indépendant des aponévroses du cou. Ce vaisseau fut aussitôt lié, puis l'opérateur suspendant sa trachéotomie pratiqua une auscultation attentive du cœur et perçut, au foyer d'auscultation tricuspidien, un bruit hydroaérique à timbre métallique, synchrone à la systole. Cette zone parut augmenter sensiblement d'étendue pendant quelques minutes, en même temps les bulles devinrent plus nombreuses et plus grosses. Puis le bruit hydroaérique se limita de plus en plus au foyer tricuspidien et les bulles diminuèrent peu à peu de volume. Elles disparurent après vingt-cinq minutes.

Cependant la dyspnée du malade n'augmenta pas. Seul le pouls devint petit, mou, dépressible et remonta au fur et à mesure que le gargouillement disparaissait.

C'est après ces vingt minutes seulement que le malade présenta quelques symptômes d'asphyxie. La respiration étant enfin redevenue plus calme, l'opération put être achevée. Trois heures après, le malade étant sur la chaise percée succomba brusquement. A l'autopsie, on constata la distension du cœur par un caillot et la distension des artères et des veines par du sang noir, sans bulles gazeuses.

Il est remarquable que, dans ce fait, les troubles respiratoires ne se montrèrent qu'au bout de 25 minutes, vraisemblablement au moment de la pénétration des bulles d'air dans les capillaires pulmonaires et que la mort ne se produisit que 3 heures après l'accident. Pour M. Cassaet, elle aurait été provoquée par un index gazeux bulbaire.

LUC.

Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales, par le Dr PLICQUE. *Ann. des mal. de l'or.*, etc., 1890, mars, p. 141.

L'auteur étudie successivement quatre groupes de tumeurs malignes :
1° les pédiculées ; 2° celles dont l'implantation est large mais limitée ;
3° les diffuses encore opérables ; 4° les diffuses inopérables.

Il s'agit d'un travail de compilation se prêtant mal à une analyse, aussi

renvoyons-nous le lecteur à l'article original, résultat d'un long et consciencieux travail et où cette question si délicate de la conduite à tenir vis-à-vis de tumeurs saignant au moindre contact et dont les limites sont parfois si difficiles à déterminer se trouve traitée avec un grand sens clinique et une remarquable clarté.

LUC.

Ulcérations des cordes vocales dans le cours de la grippe, par M. LE NOIR. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., mars 1890, p. 175.

Chez quatre malades, Le Noir a observé, dans le cours de laryngites grippales, des ulcérations occupant la moitié antérieure des cordes vocales, peu profondes, à contours irréguliers, limitées par la muqueuse boursoufflée qui s'opposait au rapprochement des cordes. Elles étaient reconvertes, au début, d'un exsudat blanchâtre, devenant grisâtre par la suite. Ces ulcérations ont toujours fini par se déterger spontanément, ne laissant finalement, comme trace de leur présence, qu'une rougeur diffuse de la muqueuse.

L'auteur n'a coïncidemment observé d'ulcérations semblables, ni dans le reste du larynx, ni sur la muqueuse bucco-pharyngée.

LUC.

Deux cas d'hémorrhagie mortelle par érosion de l'artère innominée, à la suite de la trachéotomie, par le professeur GANGHOFNER. *Prag. med. Wochenschr.*, nos 16 et 17, 1889.

Dans le premier cas, une petite fille de sept ans, opérée de trachéotomie inférieure dans le cours d'une diphtérie, fut prise brusquement, le 11^e jour, d'une hémorrhagie profuse qui amena la mort en quelques minutes. On constata sur le tronc innominé, juste au-dessous de l'émergence de la sous-clavière, une zone brunâtre, amincie, présentant en son centre une petite perforation qui avait été manifestement causée par la canule.

L'autre fait concerne un enfant de 4 ans et demi qui succomba de la même façon, vingt jours après une trachéotomie pratiquée aussi à la partie inférieure du cou pour un croup. Une érosion fut constatée sur le tronc innominé, juste en face de la naissance de la sous-clavière droite, mais ici, il existait une anomalie artérielle consistant en ce que l'artère innominée et la carotide gauche naissaient d'un tronc commun, disposition qui entraînait une position plus élevée et partant plus vulnérable du premier de ces vaisseaux.

LUC.

Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent, par le Dr J. GAREL, de Lyon, en collaboration avec M. DOR. *Ann. des mal. de l'or.*, etc., avril 1890, p. 209.

Déjà Garel avait communiqué, en 1886, à la Société française d'otologie et de laryngologie, l'observation d'une femme qui, à la suite d'une attaque apoplectique, avait présenté une hémiplegie droite avec paralysie faciale du même côté et aphasie et simultanément une paralysie de la corde vocale gauche sans lésions laryngées ni signes de compression du récurrent, et à l'autopsie de laquelle il avait constaté, *conformément au diagnostic porté pendant la vie*, d'une part, des foyers de ramollissement diffus de l'hémisphère gauche, correspondant à l'hémiplegie droite et à l'aphasie, d'autre part, dans l'hémisphère droit, un foyer occupant le pied de la 3^e frontale expliquant la monoplegie laryngée, car il n'existait simultanément ni lésions bulbaires, ni compression du récurrent. Cette importante autopsie établissait donc nettement l'existence d'un centre laryngé cortical et il en résultait, contrairement aux récentes assertions de Semon et Horsley, basées sur l'expérimentation sur les animaux, que la destruction de ce centre entraînait la paralysie de la corde vocale du côté opposé. La seconde observation rapportée par Garel et Dor dans l'article que nous analysons, vient fort à propos compléter la première en permettant de fixer, au moins dans une partie de son trajet, la situation du faisceau sous-cortical qui commande l'adduction de la corde vocale opposée. Disons, en passant, que cette observation fait le plus grand honneur à la sagacité clinique de notre collègue de Lyon.

Dans ce fait, nous voyons un homme de 35 ans présenter, dans le cours d'une endocardite ulcéreuse, outre des signes d'infarctus pulmonaires, une paralysie complète de la corde vocale gauche sans qu'il s'y adjoigne aucune autre paralysie musculaire.

Le malade ayant succombé, Garel s'attend à trouver à l'autopsie un foyer cortical de l'hémisphère droit occupant, comme dans sa première observation, le pied de la 3^e frontale. Or il n'en est rien : la totalité de l'écorce cérébrale se montre intacte. Cependant en pratiquant des coupes sur l'hémisphère suspect, Garel constate, sur une coupe verticale partant, en haut, du pied de la première circonvolution frontale et traversant le milieu de la frontale ascendante et la partie inférieure de la pariétale ascendante, un foyer de ramollissement rougeâtre, de date récente, gros comme un pois à sa partie supérieure et se terminant en pointe en bas,

siégeant dans la partie supéro-interne du noyau lenticulaire et empiétant légèrement sur la partie externe de la capsule interne.

Dans ce cas, comme dans le premier, il n'existait simultanément ni lésions bulbaires ni compression du récurrent.

De ces deux observations dont la seconde nous paraît unique dans la science, Garel tire les conclusions suivantes :

1° Il existe un centre cortical moteur du larynx dans chaque hémisphère cérébral ;

2° Ce centre siège au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale et du sillon qui la sépare de la frontale ascendante ;

3° Les fibres émanées de ce centre passent au niveau de la partie externe du genou de la capsule interne, formant dans le faisceau géniculé un faisceau moteur laryngé indépendant du faisceau de l'aphasie et du faisceau de l'hypoglosse ;

4° Le centre laryngé a une action croisée. La destruction détermine la paralysie totale de la corde vocale du côté opposé (position cadavérique).

LUC.

Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphtérique de la scarlatine, par MM. A. WURTZ et H. BOURGES. (*Arch. de path. experim.*, 5 mai, d'après l'analyse du *Bull. méd.*)

Les recherches des auteurs ont porté sur des enfants scarlatineux, atteints, dès le début de leur scarlatine, d'une angine pseudo-membraneuse, considérée comme diphtérique, pour laquelle ils avaient été évacués dans le pavillon réservé à la diphtérie. Or l'examen bactériologique de leurs fausses membranes révéla, dans tous les cas, la présence du streptocoque pyogène, à l'état de pureté ou mélangé à d'autres microbes de la suppuration. Dans aucun de ces cas, les auteurs ne trouvèrent le bacille spécifique de la diphtérie, le bacille de Klebs-Loeffler. Au contraire, dans deux cas d'angine pseudo-membraneuse tardive de la scarlatine, ce bacille existait dans les fausses membranes. Un des enfants atteint de l'angine à streptocoque prit secondairement le croup dans le pavillon de la diphtérie et succomba.

MM. Wurtz et Bourges posent donc la conclusion suivante : l'angine précoce de la scarlatine, quelle que soit la gravité apparente des symptômes, n'est pas, dans la très grande majorité des cas, de nature diphtérique. Il importe donc de ne pas évacuer les enfants qui en sont atteints, dans le pavillon de la diphtérie, où on les expose à contracter la redoutable maladie qu'ils n'ont pas.

Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette, par le
D^r PÉRIER. (*Acad. de méd.* Séance du 23 avril).

Un bouton de manchette avalé par une fillette de 10 ans s'enclava à l'entrée de l'œsophage de telle façon qu'il fut impossible de l'extraire et même de le saisir au moyen de divers instruments introduits par la bouche. En pressant entre le pouce et l'index les parties profondes de la région antérieure du cou, on sentait nettement le corps étranger, en arrière des parties supérieures de la trachée et inférieures du larynx. Se sentant ainsi suffisamment renseigné sur son siège, Périer se décida de suite pour l'œsophagotomie externe. Sans introduction préalable de conducteur, une incision fut faite parallèlement au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, puis, la carotide primitive ayant été refoulée en dehors; on arriva directement sur le corps étranger qui faisait un relief appréciable au doigt. La paroi œsophagienne fut alors incisée parallèlement à l'axe du conduit, juste sur le bord du bouton qui devint visible entre les lèvres de l'ouverture. Il fallut s'aider du doigt pour dégager le corps étranger dont la queue était enchatonnée dans la muqueuse boursoufflée de la paroi postérieure du conduit. La plaie œsophagienne fut réunie par une suture en surjet au catgut, puis la peau fut réunie, après installation d'un drain, par quelques points au crin de Florence. Cette suture dut être enlevée, l'enfant ayant été prise de vomissements, consécutivement à l'ingestion d'un peu de lait, malgré la défense qui en avait été faite, et une infiltration s'étant produite dans la plaie. On dut dès lors se borner à des pansements pratiqués avec des compresses de tarlatane imbibées d'une solution aqueuse de chloral à 1 0/0.

De temps à autre, on faisait prendre une gorgée de cette solution qui, passant par la plaie, empêchait l'altération des liquides à son niveau. La petite malade fut soutenue au moyen de lavements de peptone et le 4^e jour, on lui donnait du lait bouilli en abondance.

Douze jours plus tard, les liquides ingérés ne sortant plus par la plaie, on donna des potages et des boulettes de viande.

Deux semaines après, l'enfant était complètement guérie.

LUC.

PUBLICATIONS ÉTRANGÈRES

Kyste aërien intra-laryngé, par le Dr G. LEDDERHOSE. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1887, t. 29, p. 411.

Le malade dont il s'agit avait été opéré, quatre ans auparavant, d'un kysté aërien extra-laryngé mais communiquant avec la cavité laryngée à laquelle il se rattachait par un pédicule, à travers la membrane thyro-hyoidienne.

Il existait en outre une seconde tumeur sessile, implantée sur la paroi interne droite du larynx et qui, ponctionnée plusieurs fois par les voies naturelles, avait laissé échapper de l'air et une substance colloïde.

En février 1889, le malade fut pris d'accès de suffocation graves, survenant exclusivement pendant le sommeil. On se décida à ouvrir le larynx, après trachéotomie, et la tumeur qui, à l'examen laryngoscopique s'était montrée tendue et dépassait la ligne, se présenta, à l'ouverture du larynx vide et pendante.

On supposa que le kyste rempli d'air, à l'état de veille, à la faveur de la parole et des mouvements, se maintenait au-dessus du niveau de la glotte qu'elle laissait perméable, tandis qu'il se vidait pendant la nuit, à la faveur du repos et tombait entre les lèvres de la glotte, donnant lieu à des phénomènes-suffocatoires.

La tumeur fut sectionnée à sa base après ligature.

LUC.

Ueber die anwendung und Wirkung des acidum trichloraceticum bei den krankheiten der Nase und des Rachens. (De l'emploi et de l'action de l'acide trichloracétique dans les affections du nez et de la gorge, par le Dr EHRMANN (de Heidelberg). *München. med. Woch.*, 4 mars 1890.

La substance en question a pour formule : CCL_3COOH . Elle se présente sous l'aspect de cristaux incolores, rhomboïdaux, d'une odeur légèrement piquante, très caustiques, très solubles dans l'eau et l'alcool et tendant même à se liquéfier à l'air libre, ce qui en rend la conservation difficile.

Après avoir expérimenté cet agent sur 129 malades, l'auteur le consi-

dère comme un excellent caustique pour le traitement des hypertrophies nasales et pharyngées. Cette cautérisation peut être pratiquée au moyen d'une sonde en argent, présentant, en avant de son bouton terminal, une petite excavation destinée à recevoir le cristal et à l'empêcher de s'échapper en se liquéfiant avant qu'on ait atteint le point déterminé sur lequel il doit être porté.

Aussitôt après l'action du caustique, il se forme sur la muqueuse une eschare sèche, de couleur ivoire, unie, adhérente, sans tendance à la diffusion. Cette cautérisation se distingue de celle produite par l'acide chromique et le galvano-cautère, en ce qu'elle ne s'accompagne d'aucune odeur désagréable, qu'elle ne donne lieu, sur le moment et consécutivement, qu'à des douleurs insignifiantes et en ce qu'enfin l'eschare se détache plus tôt (le 2^e jour, dans 37 cas, le 4^e jour, dans 70 cas). Enfin elle n'est suivie de presque aucun phénomène réactionnel.

LUC.

Un caso de enfisema general determinado por el cateterismo de la trompa de Eustaquio. — Un cas d'emphysème général déterminé par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par le Dr VERDOS. In *Revista de Laring.*, avril 1890.

Histoire d'une femme d'une quarantaine d'années, chargée d'embonpoint, qui, au cours d'un cathétérisme tubaire, présenta un emphysème d'abord limité à la région cervicale qui s'étendit ensuite aux régions voisines, sous l'influence d'efforts de toux continnels et intempestifs de la malade et finit par envahir la totalité du tissu sous-cutané. Trois jours de repos complet suffirent pour déterminer la complète disparition de cet accident.

LUC.

Gourmes syphilitiques anormales de l'isthme du gosier multiples et indurées, par le Dr ROYER, médecin inspecteur des eaux de Challes. *Ann. de dermatolog. et de syphiligr.*, 1889.

Observation intéressante concernant une femme de 34 ans, qui, 9 ans après avoir présenté les accidents primitifs d'une syphilis en apparence bénigne, fut atteinte d'une hyperostose du tibia droit, et l'année suivante, fut prise de manifestations naso-pharyngées, caractérisées, d'une part, par une ulcération de la cloison nasale et, d'autre part, par l'apparition, sur les différentes parties de l'isthme du gosier (luette, voile, piliers,

amygdales) de tumeurs gourmeuses petites et multiples qui, au lieu d'aboutir à la fonte et à l'ulcération, subirent une sorte de transformation fibreuse.

LUC.

La laryngite emorragica e l'influenza. La laryngite hémorrhagique et l'influenza, par le Dr MARANO. (*Archiv. ital. di laring.*)

L'auteur rapporte l'observation de trois malades qui, dans le cours d'une grippe de moyenne intensité, eurent ceci de commun, de présenter une expectoration sanguinolente en même qu'une vive congestion de la muqueuse laryngée. Le résultat négatif de l'auscultation de la poitrine permettait d'exclure l'appareil broncho-pulmonaire, comme source possible de l'hémorrhagie.

LUC.

Abcès multiples du larynx consécutifs à l'influenza, par M. SCHÖFFER. *Deutsch. med. Woch.*, n° 10, 1890.

Huit jours après la guérison d'une attaque de grippe, un homme de 25 ans fut pris d'enrouement et de dyspnée. Celle-ci devint si intense, qu'on dut recourir à la trachéotomie. Le lendemain, Schœffer constata que les cordes vocales supérieures étaient considérablement tuméfiées; celle du côté droit présentait, à sa partie antérieure, deux petits abcès (?) jaunâtres. L'auteur pense que la dyspnée était due surtout à une paralysie des dilatateurs glottiques; il y avait également une parésie marquée du voile du palais. Guérison. Schœffer signale en passant, les bons résultats qu'il a obtenus dans la grippe, du benzoate de soude à haute dose (15 gr. pour 200 d'eau).

RUVAULT.

Diagramma delle lesioni funzionali delle corde vocali. (Diagramme des lésions fonctionnelles des cordes vocales), par le professeur MASSEI de Naples. Extrait du *Boll. delle malattie dell'Orecchio, della Gola e del Naso*, VIII, n° 1, 1890.

Excellent résumé schématique de toutes les variétés de position présentées par les cordes vocales sous l'influence des nombreuses lésions nerveuses ou névro-musculaires susceptibles de retentir sur leur fonctionnement.

LUC.

NOUVELLES

Nouveaux journaux.

Nous avons reçu le 1^{er} numéro des « *Archives internationales de laryngologia, otologia y rinologia* » que publie notre distingué confrère le D^r R. BOTEY, de Barcelone. Ce journal renferme des travaux originaux, publiés en français et en espagnol, des analyses et des comptes rendus de mémoires ou de livres ayant trait à l'otologie et à la laryngologie. La compétence indiscutable de l'auteur, qui s'est encore récemment affirmée par les intéressantes communications qu'il a faites au congrès de laryngologie de Paris l'an dernier, permet de ne pas douter que les numéros suivants ne soient aussi intéressants que le premier. Sa publication obtiendra certainement le succès qu'elle mérite et que nous lui souhaitons de grand cœur.

Nous avons également reçu les premiers numéros du journal « *La voix parlée et chantée* », publication mensuelle dirigée par le D^r Chervin. On y trouvera d'intéressants articles, ayant trait surtout à l'éducation de la voix et de la parole.

Congrès scientifiques et sociétés savantes.

La *Société française d'otologie et de laryngologie* tiendra la première séance de sa réunion annuelle le vendredi 23 mai prochain, à huit heures du soir, au Palais des sociétés savantes, rue des Poitevins.

Le prochain congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, aura lieu cette année à Limoges, du 7 au 14 août.

Du 4 au 9 août, aura lieu à Berlin un *Congrès international des sciences médicales*. La section de laryngologie sera présidée par le professeur B. Fränkel.

Le gérant : G. STEINHEIL.

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

DE QUELQUES COMPLICATIONS DE L'OPÉRATION
DES TUMEURS ADÉNOÏDES DU PHARYNX NASAL

Par le D^r A. Cartaz, ancien interne des hôpitaux.

Les végétations ou tumeurs adénoïdes étaient, il y a dix ans, complètement inconnues. Lorsqu'on lit dans les auteurs anciens la description de l'hypertrophie des amygdales, des polypes ou des tumeurs du nez, on reconnaît qu'un grand nombre des signes symptomatiques des tumeurs adénoïdes étaient mis sur le compte de ces affections. En faisant connaître la cause exacte de ces troubles spéciaux, en révélant au médecin la présence dans le pharynx de masses de tissu adénoïde amenant une obstruction plus ou moins complète des voies nasales, Meyer de Copenhague et Læwenberg ont rendu à la pratique un grand service.

Depuis leurs premiers travaux, le nombre des opérations de tumeurs adénoïdes a été considérable ; il serait certainement difficile de formuler un chiffre même approximatif, peu de statistiques ayant été publiées ; mais si l'on songe que tous les spécialistes de l'Europe et de l'Amérique ont eu l'occasion de voir et d'opérer un grand nombre de cas, si l'on songe à

la fréquence relative de cette affection, on se fera facilement une idée du nombre des opérations. Toutes ont eu pour les petits malades les résultats les plus avantageux, toutes ou à peu près se sont faites sans aucun incident. Il peut dès lors sembler étonnant que je vienne, dans ce travail, signaler la possibilité de quelques accidents. Rares, ils le sont, puisqu'on n'en a publié que quelques cas et ils le sont d'autant plus qu'on peut aisément parler de plusieurs centaines d'opérations. Aussi n'est-ce pas dans la pensée de protester contre cette opération chirurgicale, que j'ai pour ma part pratiquée déjà très souvent, que j'ai pris la parole devant la Société de laryngologie. Mon désir est, en signalant ces accidents, d'appeler l'attention des opérateurs, de réclamer de leur part des soins attentifs pendant et après l'intervention, de veiller par l'emploi rigoureux de l'antisepsie, par le choix judicieux des méthodes, à rendre encore plus simple, s'il se peut et plus inoffensive, une intervention si salutaire pour quantité d'enfants que cet état rend souffreteux, arriérés et prédispose à des maladies plus graves.

Les complications de l'ablation des tumeurs adénoïdes auxquelles je fais allusion, sont :

1° L'hémorragie.

2° Les accidents infectieux ou inflammatoires (pharyngite, amygdalite, otites suppurées).

Hémorragie. — Tous les chirurgiens qui ont opéré des tumeurs adénoïdes, tous les auteurs qui ont traité ce sujet ont signalé l'extrême vascularité de ce tissu. Si l'on examine en effet les masses enlevées on trouve dans leur épaisseur des vaisseaux capillaires d'un assez grand diamètre; on y a même rencontré des veinules d'un calibre important. Le tissu est friable et saigne facilement; c'est même une particularité qui constitue dans l'examen par le toucher un bon signe diagnostique. Le doigt, porté, par la bouche, sur ces tumeurs, ramène la plupart du temps un peu de sang et si la pression ou le grattage sont un peu forts, il détermine même un léger écoulement sanguin par les narines.

L'opération avec la pince, la curette ou par le grattage avec l'ongle ou l'onglet métallique, provoque dès l'ablation des premières parcelles, un écoulement de sang notable. Cet inconvénient n'existe pas quand on emploie la destruction par les caustiques, comme dans les premières interventions de Meyer ou de Lœwenberg, ou par le galvano-cautère; mais je ne crois pas que ces procédés soient encore employés; ils ont été délaissés pour la pince de divers modèles, la curette ou l'adénotome. L'emploi du serre-nœud (anse froide ou galvanocaustique) annihile en grande partie l'effusion sanguine, mais son usage est beaucoup moins répandu que les autres instruments; il est aussi, à mon avis, beaucoup moins commode, bien qu'il ait donné entre les mains de quelques spécialistes, notamment de Michel de Cologne, des résultats extrêmement satisfaisants.

L'hémorragie immédiate varie beaucoup suivant les sujets, en dehors de toute prédisposition, en dehors aussi de toute question de volume, d'étendue de la masse des végétations. Des malades qui ne présentent que des végétations peu volumineuses, faciles à atteindre cependant, ont parfois des hémorragies beaucoup plus importantes que d'autres qui ont le pharynx bourré, rempli de tumeurs; la réciproque est également vraie. J'ai été à même de noter ce fait plus d'une fois et le Dr Hooper dans son travail (1) a fait la même remarque. « L'hémorragie, dit-il, varie beaucoup suivant les cas et il n'est pas possible de prévoir ce que sera cette hémorragie. La vascularité des tumeurs ne semble pas en rapport avec leur volume. »

Cette hémorragie, n'a en général jamais rien d'excessif; mais elle est parfois sur le premier moment assez forte pour donner des préoccupations. C'est une des raisons, disons-le en passant, qui ont fait rejeter par plusieurs opérateurs l'emploi des anesthésiques. On a prétendu que, dans un mouvement d'inspiration, du sang pourrait être entraîné dans les

(1) Adenoid vegetations in Children. *Boston med. Journ.*, 15 mars 1888.

voies aériennes et provoquer des troubles asphyxiques périlleux. Mais le sang ne coule pas à flots, il ne sort pas de vaisseaux capables de le projeter en jet dans une direction quelconque. C'est un écoulement en nappe, qui suit la paroi du pharynx et va glisser dans l'œsophage et de là dans la cavité stomacale. Le danger ne pourrait venir que d'un caillot plus ou moins volumineux venant tomber sur le larynx et obstruer l'orifice glottique; je n'en connais qu'un exemple, dû à Bryson Delavan et qui ne fut suivi, du reste, d'aucun accident sérieux. Du reste, si l'on opère la tête pendante, comme on l'a conseillé pour la staphyloraphie (Rose), on évite tout danger de ce genre.

L'hémorragie peut être, pendant l'opération, plus ou moins abondante, mais la plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître qu'elle ne présente rien d'inquiétant. Sir Morell Mackenzie (1) n'a jamais observé d'hémorragie assez sérieuse pour nécessiter l'emploi d'un autre styptique que l'insufflation de poudre de tannin ou de matico. Lœwenberg (2) dit que l'hémorragie ne résiste jamais à l'application de la douche naso-pharyngienne administrée avec de l'eau presque fraîche ou bien avec une solution d'alun. Calmettes (3) pense qu'il n'y a aucune hémorragie consécutive à redouter.

Quelques auteurs prévoient cependant la possibilité de cet accident. Beverley Robinson, par exemple, dit que le tampon éponge de Mackenzie rendra dans ce cas de grands services et au cas où l'hémorragie continuerait, en dépit de ce tampon pharyngien, il conseille de pratiquer en plus le tamponnement des fosses nasales.

Dans deux cas, Woakes (4) a éprouvé quelque ennui par suite de l'hémorragie et dans l'un il fallut tamponner l'espace pharyngo-nasal pour arrêter le sang.

Je pourrais multiplier ces citations empruntées aux diffé-

(1) *Traité des mal. du nez.*

(2) *Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.* Paris, 1879, p. 63.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 4 juin 1887.

(4) *Post nasal catarrh.* Londres, p. 162.

rents travaux sur les tumeurs adénoïdes; dans tous l'hémorragie n'a jamais dépassé des limites de nature à préoccuper l'opérateur. Les hémorragies graves, pendant l'opération, sont donc assez rares. Il en est de même des hémorragies consécutives ou secondaires et on n'en avait pas, à ma connaissance, signalé d'observation avant celles publiées par Bryson Delavan (1) dans son intéressant mémoire. Notre confrère en cite cinq cas qui doivent se réduire à quatre, car on ne peut raisonnablement faire rentrer dans le cadre des hémorragies opératoires la première de ses observations. Elle a trait en effet à une hémorragie mortelle survenue chez un enfant *hémophile* à la suite d'une simple exploration du pharynx par le doigt.

En dehors de ces quatre cas, je n'ai trouvé mentionné qu'un fait dû à Scott Renner (2) que je cite plus loin. J'ai eu à la suite d'une opération, une hémorragie secondaire et je dois à l'obligeance de mes confrères les D^{rs} Segond, Ruault et Gellé, dont l'habileté opératoire et la prudence chirurgicale ne sauraient être mises en doute, la relation de quatre cas dans lesquels l'hémorragie fut des plus sérieuses.

Voici tout d'abord résumées les observations de Bryson Delavan :

OBS. I. (DELAVAN.) — Dans un cas une petite pince fut introduite dans le pharynx pour assurer le diagnostic et une petite masse de tissu fut enlevée. L'hémorragie dura deux jours.

OBS. II. (Citée par DELAVAN.) — Le Dr R. J. Halls m'informe qu'il fut appelé pour arrêter une hémorragie grave de la voûte du pharynx, chez un mulâtre de 19 ans, hémorragie après une opération de tumeur adénoïde. Il réussit à l'arrêter au moyen d'un tampon astringent.

OBS. III. (Citée par DELAVAN.) — Mon ami le Dr Georges A. Richards

(1) Enlargement of adenoïd tissue in the pharynx. *New York med. Journ.* 12 octobre 1889.

(2) Adenoid vegetations of the naso-pharynx. *Buffalo med. Journal*, avril 1890.

a opéré un jeune enfant chez lequel, pendant l'opération, survint une hémorragie grave qui continua après, jusqu'à la syncope. L'enfant était exsangue et resta anémié longtemps.

OBS. IV. (DE LAVAN.) — Dans un de mes propres cas chez un enfant délicat de 4 ans l'hémorragie fut profuse et les effets de l'opération furent ressentis pendant deux mois.

Dans le cas qui m'est personnel, dans le cas de M. Segond, dans les deux de M. Ruault, dans celui de M. Gellé, il s'agit d'hémorragies secondaires. Dans l'un d'eux, l'hémorragie survint, dans des conditions tout à fait insolites, au huitième jour après l'opération.

OBS. V. (D^r SEGOND.) — Jeune fille de 16 ans, de constitution lymphatique, ayant le pharynx bourré de végétations de consistance moyenne. Angines antérieures très nombreuses. L'opération fut faite sous le chloroforme, au moyen de la pince et grattage avec l'ongle, hémorragie abondante pendant l'opération, mais sans être de nature à inquiéter ou à nécessiter des moyens hémostatiques spéciaux.

Au huitième jour, alors que la jeune fille semblait guérie, sans cause appréciable, hémorragie extrêmement abondante, ayant duré plus d'une demi-heure. Quand le D^r Segond vit la malade, le sang ne coulait plus ; l'hémorragie s'était arrêtée spontanément, car un médecin avait essayé en vain, par suite de l'indocilité de la malade, de placer un tampon. La fillette était horriblement pâle, le pouls petit et à deux ou trois reprises il y avait eu des menaces de syncope. Il fallut plusieurs jours à l'enfant pour retrouver des forces ; l'hémorragie ne reparut pas.

OBS. VI. (D^r RUAULT.) — M. B..., étudiant en médecine, âgé de 28 ans, me consulta il y a 2 ans environ pour un catarrhe naso-pharyngien. Je trouvai, à l'examen rhinoscopique postérieur, des restes de tumeurs adénoïdes anciennes ; au-dessus et en arrière du pavillon de la trompe gauche, on voyait une végétation saillante, du volume d'un gros pois. Le malade se plaignant d'avoir l'ouïe un peu diminuée de ce côté, et la trompe gauche étant en effet moins perméable que l'autre, je proposai d'enlever la petite tumeur à l'aide de la pince coupante, et je procédai immédiatement à cette opération, qui fut exécutée sans difficulté. Le tissu adénoïde enlevé était mollasse, et non pas ferme comme il l'est

d'ordinaire en pareil cas chez l'adulte. L'écoulement sanguin fut insignifiant; avant de quitter le malade, je pus m'assurer à l'aide du miroir que j'avais bien enlevé ce que je voulais, et n'avais produit aucune lésion inutile.

Quelques heures plus tard, M. B. revint chez moi, saignant abondamment. Le sang s'écoulait par la narine gauche quand la tête était penchée en avant, ou, quand elle était droite, dans le pharynx; à l'examen de la gorge, on voyait le sang couler goutte à goutte de la luette. Cette hémorragie avait commencé une heure et demie environ après l'opération, pendant le dîner; elle durait depuis près de deux heures, et n'avait cédé ni à des irrigations froides, ni à un courant d'eau très chaude. Je l'arrêtai assez facilement en appliquant dans le naso-pharynx un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 20 0/0, que je laissai en place 5 minutes. Néanmoins, craignant que l'hémorragie ne reparaisse, et le malade ayant perdu déjà beaucoup de sang, je proposai le tamponnement permanent. Mais M. B., qui avait déjà très mal supporté l'application du tampon cocaïné, et était encore fatigué des efforts de vomissement qu'il avait déterminés, me pria de m'en abstenir puisqu'il ne saignait plus; il fut convenu que si le sang reparaisait il m'enverrait immédiatement chercher pour faire le tamponnement.

Dans la soirée, je fus appelé d'urgence chez M. B..., où je trouvai le Dr Gaucher, qui m'avait adressé le malade. L'hémorragie avait reparu, moins abondante que la première fois, et s'était arrêtée spontanément. Le malade ayant encore insisté pour qu'on ne fit pas le tamponnement préventif on prescrivit du café noir, une potion d'ergotine, et on recommanda une surveillance attentive.

L'hémorragie ayant reparu, abondante, un médecin du voisinage fut appelé, et fit le tamponnement; à grand peine d'ailleurs, à cause de l'intolérance du malade et de ses efforts de vomissements répétés. Au lieu de tamponner le pharynx nasal seul, il eut la fâcheuse idée de mettre aussi un tampon dans la fosse nasale gauche. Ce tampon antérieur déterminait bientôt de violents accès d'éternuements, le tampon se déplaça, et l'hémorragie reparut. Enfin un nouveau tamponnement fut appliqué et supporté.

Le lendemain, le malade commença à se plaindre de la gorge, et il survint une amygdalite du côté droit. Cette complication fut cause qu'à la demande réitérée du malade, on enleva le tampon au bout de 30 heures environ. Néanmoins, le sang n'ayant pas reparu dans la journée, et l'amygdalite évoluant avec bénignité, on croyait tout accident conjuré,

lorsque, au milieu de la nuit, il se produisit une quatrième hémorragie, très abondante, qui amena une syncope. Le malade, revenu à lui, fut de nouveau tamponné; après quarante-huit heures, pendant lesquelles le malade épuisé était resté couché et à peu près immobile, le tampon fut retiré, et l'hémorragie ne reparut plus. Le lendemain l'amygdalite était guérie; mais M. B., très affaibli et profondément anémié, ne revint à la santé qu'au bout de 2 à 3 mois.

OBS. VII. (D^r RUULT.) — M. K..., étudiant, âgé de 18 ans, était atteint d'hypertrophie très marquée des amygdales, avec pharyngite granuleuse, et tumeurs adénoïdes du pharynx assez développées pour obstruer presque complètement les fosses nasales. Ces tumeurs, de même que les amygdales, quoique à un moindre degré, avaient une consistance assez ferme et comme fibreuse. Je traitai les amygdales par l'ignipuncture, ainsi que la pharyngite hypertrophique; le jeune malade, très courageux contre la douleur mais effrayé du chloroforme, m'ayant demandé à être débarrassé de ses tumeurs adénoïdes sans être endormi j'y procédai, à l'aide de la pince coupante, en plusieurs séances successives. Les trois premières interventions me permirent d'enlever la plus grande partie de la tumeur; à la quatrième séance il ne restait plus qu'une masse appendue à la partie antérieure de la voûte, que j'enlevai presque complètement en deux ou trois coups de pinces. L'écoulement sanguin fut modéré, comme à l'ordinaire, et de courte durée. Mais, vingt heures après l'opération, apparut une hémorragie abondante, qui ne céda ni à l'eau froide, ni à l'eau vinaigrée, et, au bout de deux heures, et demie environ, se termina par une syncope. Je ne pus voir le malade que dans la soirée; je le trouvai couché, se plaignant de faiblesse; le pouls était rapide, mais satisfaisant. Je ne fis pas le tamponnement.

Le jeune homme se remit assez vite de son accident; et je pus bientôt achever le traitement du pharynx nasal, que je terminai à l'aide du galvano-cautère, afin d'éviter tout risque d'un nouvel accident.

OBS. VIII. (D^r GELLÉ.) — M^{lle} X..., 9 ans 1/2, grande, belle blonde. Surdité gauche, suite de scarlatine: obstruction tubaire, sténose nasale gauche; atrophie et relâchement du tympan gauche, collé à la paroi interne de la caisse. D-V perçu à gauche. M. à 2 centim. à peine. Cavum pharyngé, du côté gauche, comblé par d'épaisses végétations adénoïdes.

Ces tumeurs sont enlevées à la pince sans grande perte sanguine; la surface est aussitôt vivement badigeonnée au pinceau d'ouate imprégné d'alcool et glycérine boriquée.

L'opération a été faite par une grande chaleur à 5 heures ; à 7 heures on accourt chez moi : l'enfant a été prise d'une abondante hémorragie nasale, puis de crachements de sang pur : cette hémorragie a duré une heure au moins ; l'enfant est un peu pâle, mais après une bonne nuit, elle partit pour Valenciennes où elle demeure.

Le jour même (le voyage peut-être aidant), dans l'après-midi, l'enfant a été reprise d'une forte hémorragie nasale et buccale, très tenace, on a été forcé d'appeler le médecin : tout cependant s'est encore assez rapidement terminé ; et l'enfant passa la nuit suivante très bien. Depuis, légère pâleur pendant une huitaine. J'ai revu l'enfant depuis avec une amélioration de l'ouïe et un état excellent du rhino-pharynx.

OBS. IX. (PERSONNELLE.) — M^{lle} X..., âgée de 17 ans, m'est amenée par ses parents pour une gêne de la respiration nasale et un défaut très marqué de prononciation. Cette jeune fille bien formée, d'une très belle apparence de santé, n'a jamais eu de maladie grave, même pendant un séjour de quelques années aux colonies. Depuis son enfance, elle ne peut respirer la bouche fermée et la nuit, il y a toujours une respiration bruyante, parfois un assez fort ronflement. La voix est nasonnée et elle prononce certaines consonnes comme les sujets porteurs de tumeurs adénoïdes. Elle est sujette aux coryzas ; aux variations atmosphériques, au moindre courant d'air, elle éternue facilement et « le nez est tout à fait pris », dit-elle, pendant quelques jours.

L'examen du nez fait constater les signes suivants : à droite et à gauche, la muqueuse du cornet inférieur forme un bourrelet assez considérable, mou, dépressible, n'obstruant pas complètement les fosses nasales.

Pharyngite chronique avec petites saillies hypertrophiques du tissu adénoïde (pharyngite glanduleuse).

Enfin l'inspection du pharynx nasal révèle la présence de tumeurs adénoïdes assez volumineuses ; le doigt passé dans le pharynx permet de constater que ces tumeurs sont molles, rénitentes et on ramène un peu de sang après cet examen.

Je commence par faire disparaître la turgescence de la muqueuse des cornets au moyen du galvano-cautère après cocaïnisation. Comme le donnait à supposer la présence des tumeurs adénoïdes, la perméabilité des fosses nasales n'est pas rétablie et je procède après complète guérison de la plaie, à l'ablation de ces tumeurs avec la pince de Læwenberg. Le père ne voulait pas entendre parler de chloroforme ; la jeune fille était du reste courageuse, bien décidée et je me contentai d'un fort badi-

geonage à la cocaïne en solution au cinquième. Eu deux séances espacées de huit jours j'enlevai une grande partie des tumeurs ; l'hémorragie fut chaque fois peu abondante. A la troisième séance, j'enlevai également deux ou trois morceaux assez gros, mollasses, sans consistance plus dure que les premiers. L'écoulement de sang fut cette fois plus fort, mais il s'arrêta en quelques minutes avec une injection d'eau très chaude. La malade rentra chez elle tranquillement et tout semblait devoir se passer comme d'habitude lorsque le lendemain matin on vint me prévenir qu'une hémorragie était survenue vers 6 heures du matin (15 heures environ après l'opération) et que la glace, les gargarismes n'arrêtaient pas le sang. J'étais chez la malade vers 10 heures ; l'hémorragie s'était arrêtée spontanément, mais la perte de sang avait été notable. A deux reprises avant mon arrivée, elle avait semblé s'arrêter, mais des quintes de toux l'avaient fait reparaitre. Je me gardai de faire une exploration et je disposai tout pour introduire un gros tampon imbibé d'eau de Pagliari et de cocaïne dans le pharynx. J'appris alors que la malade était sur le point d'avoir ses règles, qu'elle avait les coliques prémonitoires qu'elle ressentait d'ordinaire, bien qu'elle fût, me dit-elle, en avance de trois jours. Je fis appliquer des sinapismes sur le haut des cuisses et je mis la malade en surveillance. Le soir je la revoyais ; l'hémorragie pharyngée n'avait pas reparu, par contre l'écoulement menstruel avait commencé. Les suites furent bonnes, sauf un peu de fatigue et de faiblesse due à la perte de sang.

OBS. X. (SCOTT RENNER.) — Dans un de mes cas, jeune fille de 17 ans, l'hémorragie reparut une couple d'heures après l'opération et fut sérieuse sans l'assistance d'un médecin qui tamponna les narines postérieures avant mon arrivée. Dans ce cas la tumeur était exceptionnellement dure et saigna abondamment au moment de l'ablation.

Voici donc une dizaine de cas dans lesquels une hémorragie inquiétante, tenace, a suivi à quelques heures ou à quelques jours (8 jours, cas de Segond) une opération faite dans les conditions les plus normales, les plus régulières. Comparé au total des opérations pratiquées, ce chiffre est certainement bien peu élevé. Peut-être pourrait-on prouver qu'un certain nombre de faits de ce genre n'ont pas été publiés ; j'avoue que je n'eusse probablement pas songé à donner le

récit d'une observation isolée et que c'est en apprenant de mes confrères et amis que pareil accident s'était produit entre leurs mains que j'ai cru utile de signaler ces cas.

Quelle est l'origine de ces hémorragies graves ?

Nous n'avons pas besoin de nous arrêter à cette complication, quand il s'agit, comme dans le cas cité par Delavan, de sujets hémophiliques. On sait quel danger fait courir à ces malades la blessure la plus légère, en raison du manque de plasticité naturelle du sang, du défaut de coagulabilité. Il est clair qu'un traumatisme du genre de l'ablation des tumeurs adénoïdes portant sur une large surface, dans une région vasculaire, amènera les conséquences les plus graves puisqu'une simple exploration a pu amener une hémorragie mortelle. Dans ces conditions, l'abstention doit être la règle : je jugerais même imprudent de recourir aux méthodes de cautérisation, au galvano-cautère, même en mettant dans ces applications du couteau galvanique la plus grande réserve.

Chez les sujets qui ne sont pas prédisposés par des conditions particulières d'ectasie des vaisseaux ou d'altération du sang, ces hémorragies consécutives tenaces ou secondaires peuvent tenir à diverses causes.

C'est d'abord la lésion d'un vaisseau, capillaire ou veinule, d'un certain calibre. On sait combien d'un sujet à l'autre, dans des conditions égales en apparence de consistance ou de volume, la vascularité peut être différente. Mégevand, dans sa thèse, fait remarquer, d'après le résultat d'examen nombreux, que les vaisseaux offrent des calibres variables et sont parfois d'un assez gros volume.

C'est aussi la lésion d'une partie de la muqueuse du voile ou d'une ablation d'un fragment assez étendu de la muqueuse pharyngée. Il n'est pas rare d'observer, à la suite d'opérations bien conduites et sans le moindre incident consécutif, de légères suffusions sanguines du voile du palais, indice d'un épanchement sanguin, par effraction d'un petit point de la muqueuse.

Fait digne de remarque, ces accidents sont survenus,

semble-t-il plus fréquemment à la suite d'opérations faites sans le secours de l'anesthésie.

Je crois pouvoir l'expliquer par ce fait que les mouvements du voile n'étant pas annihilés, l'espace palato-pharyngien se trouvant rétréci par les contractions de ce voile, la pince a dû plus facilement saisir un morceau de la muqueuse. Hooper fait remarquer qu'il faut avoir grand soin de maintenir le voile à distance de la pince et qu'il ne faut pas faire trop d'efforts pour enlever les tumeurs quand celui-ci est contracté. Si l'on blesse, dit-il, la paroi postérieure du voile, ou une autre partie de la muqueuse saine, il peut s'ensuivre une hémorragie tenace et gênante.

La consistance plus ou moins fibroïde des tumeurs, comme on l'a observé dans quelques cas, peut expliquer un écoulement de sang, plus facile et plus abondant. Quand les malades ont dépassé l'âge de 10, 12, 14 ans, à fortiori, quand il s'agit d'adultes, les végétations offrent en général une consistance plus ferme, plus dure. Il n'est pas oiseux de rappeler, sans faire un rapprochement trop forcé, la violence des hémorragies que l'on observe à la suite des ablations de fibromes naso-pharyngiens, après de simples explorations, parfois même spontanément.

Je mentionnerai aussi la coïncidence de l'opération avec la période menstruelle. D'une façon systématique et avec une prudence bien justifiée, les chirurgiens remettent toujours une intervention opératoire à la période intercalaire des règles. Il est vraisemblable que dans l'observation qui m'est personnelle l'imminence des règles a été pour quelque chose dans l'apparition de l'hémorragie, bien que la malade fût, au moins d'après son dire, à quatre jours de distance.

Enfin, des inflammations récentes de l'arrière-gorge mettent le sujet sous le coup d'hémorragies quelquefois difficiles à arrêter. On sait combien plus graves sont les amygdalotomies, au point de vue de l'écoulement sanguin, quand elles sont pratiquées à une date trop rapprochée d'une amygdalite antérieure. La même cause peut être invoquée

pour les tumeurs adénoïdes, si l'enfant a eu quelques jours auparavant, une angine ou une poussée aiguë de pharyngite. Il sera bon de faire, à cet égard, une petite enquête auprès des parents et de retarder, dans cette hypothèse, l'opération d'une semaine ou plus.

Quand survient une hémorragie à la suite ou quelques heures après l'opération, il est fort difficile de s'assurer d'une façon précise de quel point elle peut provenir; à ce moment, il est impossible de pratiquer la rhinoscopie postérieure, le patient s'y prêtât-il très bien dans les manœuvres d'examen antérieures. Le doigt porté dans la cavité pharyngienne peut renseigner, mais bien vaguement sur la source de l'hémorragie : le sang coule le long de l'index dès qu'il a franchi le bord du voile; la manœuvre, désagréable et pénible en tous temps, l'est encore plus chez un malade, fatigué par l'écoulement de sang et l'expectoration forcée de puis quelques heures.

Le mieux est de recourir de suite et sans tarder aux procédés d'hémostase. Un des meilleurs est l'injection d'eau froide, glacée ou mieux encore d'eau très chaude par les fosses nasales. Cette eau pourra être chargée d'un astringent, alun, tannin, acide gallique. L'eau de Pagliari est un des meilleurs liquides à employer dans ce cas.

Un tampon d'ouate antiseptique chargé d'une solution forte de cocaïne, d'extrait soluble de ratanhia ou de tout autre styptique non caustique sera porté à l'aide d'une pince pharyngée directement jusqu'à la voûte et maintenu aisément en place par son volume et l'introduction forcée entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx. Aucun des cas relevés jusqu'ici n'a nécessité l'emploi de moyens plus compliqués.

Accidents infectieux et inflammatoires. — Il semblerait que l'opération des tumeurs adénoïdes dût être fréquemment suivie d'accidents de ce genre. Le pharynx est comme les fosses nasales, dans l'état de santé normale, le réceptacle d'un certain nombre de microbes qui ne demandent qu'une

porte ouverte, qu'une effraction légère pour déterminer de la suppuration, des accidents septiques. Le raclage ou l'arrachement de ces végétations crée sur une large surface une plaie ouverte, en communication, par les fosses nasales avec l'air extérieur, par la bouche et l'isthme du gosier avec les voies digestives. Tout paraît réuni pour faciliter l'apport des germes septiques et provoquer l'apparition de la fièvre traumatique à un degré plus ou moins prononcé. Cependant ces accidents sont comme l'hémorragie assez rares et n'ont été signalés qu'incidemment dans les travaux sur les tumeurs adénoïdes.

Moldenhauer a vu des malades présenter parfois des signes de fièvre traumatique, mais ces symptômes restaient toujours peu intenses et disparaissaient au bout de quelques jours. Sans aller jusqu'à une fièvre véritable, avec élévation de la température, les opérés ont fréquemment une dépression générale, de la céphalée, de la gêne pour avaler, mais on observe rarement des angines secondaires ou de véritables accidents de fièvre septique. C'est à titre d'exception qu'il faut signaler les faits d'érysipèle de la face observés après l'opération (Wendt, Michel).

Je n'ai, pour ma part, eu à constater qu'une fois, une légère angine survenue le lendemain de l'opération et accompagnée d'une poussée d'adénite cervicale. L'enfant était lymphatique à un haut degré et j'avais pris les précautions antiseptiques habituelles. L'angine fut très légère et tout rentra dans l'ordre en deux ou trois jours. L'amygdalite survenue dans le cas de M. Ruault a été certainement provoquée par les manœuvres accessoires pour assurer l'hémostase et cet état septique a peut-être contribué à favoriser et à entretenir l'écoulement sanguin.

Localisée soit à la paroi postérieure du pharynx, où elle se dessine sous forme d'une poussée congestive, avec rougeur intense, soit à la partie antérieure, du côté du voile, des piliers, l'inflammation propagée est peu intense, et rarement arrive jusqu'à la suppuration, réserve faite de l'extension du

côté de l'oreille. Il faut tenir compte quand il n'y a pas de signes bien apparents d'inflammation et que le malade ne se plaint que de douleurs, de l'ébranlement causé par l'opération, des déchirures de la muqueuse, de la plaie, de la contusion plus ou moins marquée des parties avoisinantes, toutes choses qui, à elles seules, peuvent déterminer une gêne et une douleur assez pénibles.

L'amygdale est le siège d'élection de ces inflammations secondaires, qu'il s'agisse d'opérations sur le nez, sur le pharynx nasal; l'infection propagée trouve dans les cryptes de cette glande un terrain tout préparé pour l'éclosion des accidents. L'amygdalite ne présente dans ces cas rien de particulier; je ne connais pas d'exemple, où l'inflammation soit allée jusqu'à la suppuration, jusqu'à l'abcès. Dans le cas du jeune enfant qui a eu le lendemain de mon opération une légère amygdalite, l'inflammation est restée fort bénigne, la fièvre modérée et s'il n'y avait eu ce réveil d'une adénite cervicale ancienne la lésion de la gorge eût à peine attiré l'attention.

Des faits de ce genre n'ont peut être pas été publiés parce qu'ils n'offrent rien de particulier; ils méritaient cependant, jecrois, d'être rapprochés au point de vue de la similitude et de la communauté d'origine des angines infectieuses consécutives aux opérations intra-nasales étudiées par le Dr Ruault (1). Notre confrère a montré qu'il s'agit là d'accidents d'infection générale, sous quelque apparence qu'ils se manifestent, angine généralisée ou amygdalite unilatérale, dus à la présence des germes dans ces cavités avant l'opération, germes apportés par l'air, trouvant dans ce milieu chaud et humide les conditions propices à leur développement et provoquant au moindre traumatisme des phénomènes septiques fièvre, inflammation locale, etc. L'interprétation qu'il donne de ces accidents après les cautérisations ou toute autre opération intra-nasale, me semble absolument applicable aux cas de fièvre ou d'inflammation survenus après l'ablation des tumeurs adénoïdes.

(1) *Aroh. de laryngol.*, 1889.

Entre les diverses formes d'accidents inflammatoires il en est une qui est plus fréquente, c'est l'otite moyenne. L'influence des tumeurs adénoïdes sur l'organe de l'ouïe est des plus marquées dans un grand nombre de cas ; surdité légère ou prononcée, catarrhes de l'oreille, otite suppurée, ces diverses complications sont loin d'être rares chez les sujets porteurs de végétations.

L'opération, qui amènera une guérison rapide de la surdité toute mécanique, due à la pression de l'hypertrophie du tissu adénoïde sur la trompe d'Eustache, qui facilitera la disparition du catarrhe auriculaire, cette opération peut aussi déterminer chez un sujet prédisposé par une inflammation antérieure un retour des premiers accidents.

Un léger refroidissement peut en être la cause. Moldenhauer dit qu'il n'observe plus d'otites secondaires depuis qu'il fait garder le lit aux malades et qu'il ne permet plus à ceux qui viennent du dehors de voyager le lendemain.

Les insufflations d'air pratiquées dans la trompe, immédiatement après l'opération, comme le conseille Schaeffer peuvent projeter du sang dans l'oreille, des débris de végétations et être la cause d'accidents. Moldenhauer repousse pour la même raison, les lavages immédiats ou consécutifs destinés à assurer l'hémostase ou à désinfecter les jours suivants la cavité pharyngo-nasale. J'ai l'habitude de faire, après chaque opération, une irrigation d'eau chaude dans le double but d'arrêter l'écoulement sanguin et de m'assurer, en dehors du toucher, de la perméabilité des fosses nasales ; je n'ai jamais eu d'accident ou d'inflammation auriculaire. En poussant l'injection, doucement, dans une phase de repos de la respiration, les narines étant, cela va sans dire, bien débarrassées à la partie postérieure, bien libres, je ne vois pas qu'on ait à redouter de complications sérieuses. On pourrait incriminer aussi le badigeonnage antiseptique et légèrement caustique que font certains opérateurs sur la voûte du pharynx, aussitôt après l'ablation. Plusieurs de nos collègues se servent cependant de solutions iodées plus ou moins concen-

trées et n'ont jamais eu le moindre accident imputable à cette manœuvre.

Ce qu'il faut incriminer aussi, au point de vue de l'origine des inflammations, c'est l'emploi d'instruments qui ne sont pas parfaitement en état, c'est l'oubli de précautions antiseptiques, c'est l'emploi trop répété du grattage avec l'ongle, si l'on ne s'est pas assuré, par des lavages minutieux d'éviter tout danger d'infection.

Pour prévenir toute complication et assurer autant que possible l'antisepsie de la région, il sera utile de prescrire les jours précédents un gargarisme boricé ou légèrement phéniqué, de manière à mettre toute la gorge dans l'état de propreté et d'asepsie, de faire dans le nez des pulvérisations boricées à 50/0 qui pénètrent avec plus ou moins de facilité dans la gorge, mais entraînent au moins une bonne partie des mucosités nasales. La douche nasale, procédé de Weber, ou avec la seringue anglaise, serait à coup sûr préférable, mais si l'on se rappelle que les végétations obstruent les fosses nasales de façon à permettre à peine ou pas du tout la respiration nasale, on comprendra qu'il soit difficile de faire revenir d'une narine par l'autre le courant de l'injection.

Je n'insiste pas sur les soins à donner aux instruments et les précautions personnelles que devra prendre l'opérateur. Éclairés par les doctrines actuelles de la bactériologie et de l'antisepsie chirurgicale, il n'en est pas qui n'aient le soin de veiller à la stricte observation de ces préceptes aujourd'hui de notion vulgaire et qu'il serait oiseux de rappeler ici.

SUR UN CAS D'EMPYÈME DU SINUS SPHÉNOÏDAL

Par le D^r Albert Ruault.

Parmi les malades qui viennent demander des soins à la Clinique laryngologique que je dirige à l'Institution nationale des Sourds-Muets, se trouve un homme de soixante-trois

ans, forgeron de son état, et dont la santé générale est aujourd'hui très satisfaisante. Lorsqu'il s'est présenté à la consultation, il y a un peu plus d'un mois, il se plaignait de moucher par intervalles, et le matin surtout, un pus jaunâtre, épais, et parfois fétide. Ce pus n'était rendu que par la narine droite, mais il s'en écoulait aussi une certaine quantité dans la gorge. En même temps, le malade souffrait d'une névralgie sus-orbitaire droite très pénible, presque continue, paroxysmique, assez violente le matin pour le réveiller, et qui se calmait assez notablement lorsque le malade était parvenu, souvent au prix d'efforts réitérés, à déboucher en se mouchant la fosse nasale obstruée par la sécrétion accumulée pendant la nuit en quantité variable. A l'examen rhinoscopique on voyait dans le méat moyen, tant en avant qu'à sa partie postérieure, du pus jaunâtre, adhérent, crémeux. Ce pus se formait-il dans le méat moyen même, ou bien venait-il du sinus frontal, des cellules ethmoïdales antérieures, ou de l'antra d'Highmore ? A l'aide du stylet, je pus aisément explorer le méat moyen et reconnaître qu'il n'y existait pas de dénudation osseuse ; et, amené ainsi à la notion que la suppuration venait d'une des cavités accessoires, je ne m'arrêtai pas à compléter mon exploration par des tentatives de cathétérisme et encore moins par des ponctions exploratrices, j'évitai même au malade le supplice de rester un quart d'heure couché sur le ventre la tête en bas, et je me bornai à essayer de trancher la question par l'examen de la transparence du sinus maxillaire suivant la méthode imaginée par Voltolini, dont Heryng a récemment montré la valeur, et que mes propres observations, déjà assez nombreuses, m'ont amené à considérer comme l'un des plus sûrs et des plus importants moyens de diagnostic dont nous puissions actuellement disposer dans les cas de ce genre. Chez mon malade elle ne put être appliquée qu'à l'aide d'une lampe à incandescence exigeant quatre éléments au bichromate, à un seul liquide et à grande surface, à cause de l'épaisseur inusitée des os de la face, qui nécessitait l'emploi d'une source lumi-

neuse un peu intense. La lampe introduite dans la bouche et celle-ci fermée, lorsque, la pièce étant rendue complètement obscure, on allumait la lampe en fermant le circuit, on voyait la face éclairée par transparence présenter, tout autour de la bouche et au niveau des lèvres, une coloration rouge. L'entrée des deux narines était vivement éclairée. Les pommettes étaient sombres toutes les deux; mais, au-dessus de la pommette gauche, on voyait sous l'œil une tache rouge, en forme de croissant, nettement éclairée, tandis que du côté droit la région correspondante restait complètement obscure. Ainsi la lumière traversait aisément, de bas en haut, le sinus maxillaire gauche, et elle était arrêtée par le sinus droit. Ce signe, ajouté à ceux fournis par l'examen rhinoscopique, permettait de conclure à une suppuration du sinus maxillaire.

L'opération de Cowper fut proposée et acceptée, mais le malade qui, ainsi qu'on verra bientôt, avait déjà eu antérieurement à subir des opérations douloureuses, demanda à entrer à l'hôpital. M. le Dr Ch. Monod voulut bien prendre le malade dans son service, à l'hôpital St-Antoine, l'y opérer et le garder quelques jours. La molaire enlevée, le sinus fut ouvert par le fond de l'alvéole. Il n'en sortit qu'une quantité de pus à peine appréciable au milieu du sang qui coula abondamment; mais, l'ouverture ayant été largement agrandie à l'aide d'une curette de Volkmann, on put constater que la muqueuse était malade, molle, et très épaisse. La membrane fut grattée énergiquement, avec la curette, dans toutes ses parties accessibles, et cautérisée ensuite au chlorure de zinc. On plaça un drain de caoutchouc, qui fut remplacé quelques jours plus tard par une canule mobile, maintenue à l'aide d'une petite pièce prothétique se fixant aux dents voisines. On fit à plusieurs reprises, par cette voie, des injections antiseptiques abondantes, qui s'écoulaient largement par la fosse nasale. Malgré les altérations de la muqueuse du sinus constatées pendant l'opération, et qui permettaient de croire qu'il s'agissait suivant

toute probabilité d'un catarrhe purulent du sinus, on pouvait cependant, en invoquant la quantité de pus très minime contenue dans l'antre, se demander si les lésions de la muqueuse n'étaient pas secondaires, si, en réalité, le point le plus malade ne répondait pas à l'une des cavités accessoires supérieures, sinus frontal ou cellules ethmoïdales antérieures, et si le pus n'était pas déversé de l'une de ces cavités dans le méat moyen, d'où il s'écoulait pour la plus grande partie au dehors, et pénétrait toutefois en petite quantité dans le sinus maxillaire par l'orifice normal, pendant son trajet dans la gouttière qui prolonge l'infundibulum et dont l'ostium occupe la partie postérieure. On verra que, dans ce cas particulier, ces réserves étaient légitimes ; mais les résultats de l'intervention montrèrent bientôt qu'elles n'étaient cependant pas fondées, et que sinus frontal et cellules ethmoïdales étaient indemnes. En effet, deux ou trois jours au plus après l'opération, la névralgie sus-orbitaire avait complètement disparu, et en même temps que la quantité de pus qui s'écoulait par la canule devenait très faible, celle rendue par le nez diminuait rapidement. Aujourd'hui, sous l'influence de trois lavages à l'eau boriquée et naphtholée que le malade fait chaque jour lui-même, l'amélioration est considérable : le malade ne ressent aucune gêne, et l'injection du matin seule ramène un peu de muco-pus. Dans la journée, on ne voit aucune sécrétion dans le méat moyen à l'examen rhinoscopique, et la canule est propre.

Ce fait ne mérite en somme d'attirer l'attention que par l'obscurité de son étiologie, c'est et là un point sur lequel j'aurai à revenir ; si je l'ai brièvement rapporté ici tout d'abord, c'est parce qu'il n'est que le dernier épisode de l'odyssée pathologique du malade en question, et que je voulais, tout en rapportant son histoire en entier, en distraire la partie la plus banale avant de passer à celle qui offre un réel intérêt.

J'ai, en effet, déjà soigné cet homme, il y a quatre ans bientôt, pour une affection analogue à celle dont il a depuis

lors été atteint, mais plus sévère et surtout infiniment plus rare. Alors comme cette fois-ci, il m'avait consulté pour un écoulement fétide dans la gorge, accompagné de céphalalgies. Mais il ne mouchait pas de pus ou du moins il n'en mouchait que rarement et en petite quantité; et cependant il ressentait dans la narine droite une gêne beaucoup plus marquée que celle qu'il accusait récemment. Enfin, ses maux de tête n'affectaient point le type d'une névralgie sus-orbitaire: c'était une céphalalgie diffuse, sourde, profonde, grave; elle était accompagnée de battements, et aussi de bruits subjectifs, de sifflements, que le malade disait entendre, des deux oreilles, « dans sa tête ». Lorsque le malade était debout ou en marche il lui arrivait fréquemment de voir devant lui des points noirs mobiles, surtout devant l'œil droit, disait-il, et d'en être gêné au point de perdre l'équilibre et de chercher un appui. Il n'y avait pas de vertiges proprement dits, si l'on veut réserver cette appellation à la sensation illusoire de rotation ou même de déplacement soit du sujet lui-même, soit des objets qui l'entourent. Il s'agissait de simples obnubilations, toujours de courte durée, mais assez fréquentes et pénibles pour faire hésiter le malade à sortir seul.

La céphalalgie avait augmenté graduellement depuis l'époque du début de sa maladie, survenu environ trois ans auparavant; et elle avait pris depuis quelques mois une telle intensité qu'il avait dû cesser tout travail. Il ne dormait presque plus, mangeait d'autant moins qu'il avait plus souvent dans la gorge une sensation de fétidité très marquée, il avait maigri, pris un teint plombé, et son excitation cérébrale était telle qu'il demandait avec insistance à être soulagé à tout prix, répétant que si on ne pouvait rien faire il irait sûrement se jeter à l'eau pour mettre fin à ses souffrances.

L'examen médical le plus minutieux ne pouvait rien apprendre au sujet de la nature de cette céphalée, qui semblait être un symptôme absolument isolé. Malgré les bruits subjectifs, l'audition était très bonne des deux côtés et les oreilles

paraissaient saines. Les artères accessibles à la palpation étaient un peu fermes, mais il n'y avait pas d'albumine dans les urines ; aucun phénomène nerveux périphérique ne venait appuyer l'idée d'une néoplasie de l'encéphale ou de ses enveloppes ; le malade disait n'avoir jamais eu la syphilis, ni avoir jamais été atteint d'aucun accident qui pût faire penser à cette maladie, dont il ne présentait d'ailleurs aucune trace. En dehors de la céphalée il n'y avait rien ; sauf cependant les sensations éprouvées au nez et à la gorge.

L'examen de celle-ci fut négatif, mais la rhinoscopie postérieure, très difficile et qui ne put être faite qu'après une large cocaïnisation et à l'aide du crochet de Voltolini, donna des renseignements d'une importance considérable : on voyait en effet, distinctement, les extrémités des trois cornets à gauche, sans y constater rien qui attirât l'attention ; à droite au contraire on voyait la région correspondante souillée de pus crémeux jaunâtre, et grâce à la disposition favorable qui permettait de voir le cornet supérieur, on voyait celui-ci recouvert, et l'hiatus ouvert *au-dessus* de lui rempli du liquide pathologique, lequel s'était répandu sur les régions sous-jacentes.

En appliquant le crochet à quatre ou cinq reprises différentes, je pus, trois fois de suite, constater avec la plus grande netteté cette image rhinoscopique, obtenue à l'aide d'un miroir laryngien de dimension moyenne fortement éclairé par une lampe oxyhydrique de Molteni. La rhinoscopie antérieure ne laissait voir aucune sécrétion purulente : le bord du cornet inférieur, un peu hypertrophié et mamelonné, reposait sur le plancher, le cornet moyen était fortement rejeté contre la cloison et laissait voir l'entrée du méat moyen, mais son bord antérieur était cependant très tuméfié ; on pouvait bien voir son collet en haut, mais le volume et la situation de ce bord masquaient les régions situées en arrière.

Ces constatations permettaient de penser à une suppuration du sinus sphénoïdal ; et cette supposition, grâce à la confor-

mation des parties postérieures des fosses nasales permettant de voir distinctement les trois cornets, arrivait à un degré de probabilité très élevé. On pouvait même, par l'anamnèse, préjuger de la nature de la lésion du sinus. La vision étant intacte, à part les scotomes passagers que ressentait le malade lorsqu'il marchait un peu longtemps, on pouvait en induire que la lésion était restée limitée à l'intérieur du sinus depuis son début, c'est-à-dire depuis trois ans, et il était infiniment probable qu'il n'en eût pas été ainsi s'il s'était agi d'une lésion envahissante comme une altération osseuse spécifique ou une tumeur ulcérée; tandis que le fait n'avait rien d'exceptionnel dans le cas de lésions inflammatoires vulgaires. Cette dernière conjoncture était d'autant plus admissible que le malade avait été opéré, un peu plus de trois ans plus tôt, de polypes muqueux de la fosse nasale droite. Ces tumeurs avaient été extraites à deux reprises, à quelques mois d'intervalle, et n'avaient pas récidivé depuis la dernière opération. Celle-ci, faite avec une pince à polypes ordinaire, par un chirurgien un peu brusque et nerveux, qui insista pour terminer aussi complètement que possible l'opération malgré les vives douleurs qu'elle causait au malade, avait été suivie d'une épistaxis peu abondante, mais persistante, puis le deuxième jour la narine s'était bouchée, l'œil et le nez s'étaient tuméfiés, et il y avait eu un violent mal de tête. Ces symptômes s'étaient amendés au bout de quelques jours, après que le malade, qui mouchait un peu de pus depuis que le sang s'était arrêté, en eût mouché une quantité assez notable mêlée à des croûtes sanguinolentes; mais la guérison n'avait pas été complète. Au bout de quelques semaines environ, le malade qui s'étonnait de ressentir assez souvent un goût fétide dans la bouche depuis qu'il avait repris son travail, s'était enfin rendu compte que ce mauvais goût était attribuable à un liquide qui s'écoulait dans sa gorge, sans bien savoir s'il venait ou non du nez; puis les céphalalgies, d'abord vagues, avaient pris plus d'intensité, et n'avaient ensuite cessé de s'accroître.

L'interrogatoire sur ces différents points fut repris plusieurs fois et donna lieu aux mêmes réponses, les souvenirs du malade étaient très précis sur toute cette période de sa maladie. Dès lors il était assez légitime d'admettre que l'ablation des polypes, après laquelle le malade s'était borné, pour tout traitement consécutif, à renifler de l'eau froide ordinaire, avait été, ainsi qu'on le voit parfois en pareil cas, suivie d'une vive réaction inflammatoire de la pituitaire ; et que cette inflammation, propagée au sinus sphénoïdal, y avait persisté depuis lors.

Le diagnostic me paraissait établi avec une sûreté suffisante pour autoriser une intervention directe : trépanation du sinus, évacuation et traitement topique de sa cavité. J'avais vu cette opération indiquée dans l'ouvrage de Zuckerkandl sur l'anatomie du nez, et je savais qu'en 1885, Schoeffer (de Brème) avait annoncé l'avoir pratiquée avec succès. Je fis quelques recherches et quelques essais sur le cadavre, et me décidai à la tenter sur mon malade. Mais la conformation de son cornet moyen me créait de sérieuses difficultés ; je dus détruire au galvano-cautère la muqueuse hypertrophiée ; et, n'obtenant pas assez de place de cette façon, je finis par briser avec une forte pince à polypes toute la partie antérieure du cornet moyen, dont je pus ensuite extraire la lamelle osseuse par fragments. J'arrivai seulement au prix de ces interventions, aussi laborieuses pour moi que douloureuses pour la malade, à rendre abordable une petite partie de la paroi antérieure du sinus. J'en attaquaï la muqueuse avec un cautère galvanique, mais, ne pouvant faire pénétrer l'instrument dans la cavité, je pris un porte-ouate en acier, long et droit, fixé à un manche en bois, rigide quoique peu volumineux, et après en avoir tranché en sifflet, avec une pince coupante, l'extrémité détrempée, je l'appuyai avec assez de force sur le point cautérisé et pénétraï sans grande difficulté dans le sinus, dont j'eus la sensation de refouler la paroi dans une certaine étendue plutôt que de la traverser franchement. Au moment où l'instrument pénétra dans le sinus il s'écoula le long de

la tige une certaine quantité de pus, puis le malade à qui j'avais fait baisser la tête immédiatement après avoir retiré mon perforateur, rendit encore du pus par le nez en même temps qu'il saignait assez abondamment. Après un lavage prolongé, je repris le galvano-cautère pour agrandir et régulariser les bords de l'ouverture du sinus, puis j'y introduisis un stylet garni d'une couche légère d'ouate très imbibée d'une solution forte de chlorure de zinc, et que je pus faire pénétrer d'une longueur d'environ 10 à 12 millimètres.

Le traitement ultérieur consista en lavages des fosses nasales faits par le malade lui-même, et du côté droit, avec diverses solutions antiseptiques au moyen d'une seringue anglaise; il dirigeait des jets de liquides successifs un peu forts, en arrière et en haut, tout en tenant la tête basse. Je ne fis, localement, que quelques applications de chlorure de zinc avec le stylet, et m'attachais surtout à maintenir des dimensions suffisantes à l'orifice du sinus, dont je cautérisais les bords, de temps en temps, avec le cautère galvanique. Plus tard, je fis des insufflations d'un mélange de naphтол β et d'acide borique pulvérisés à l'aide d'un insufflateur ordinaire dont l'extrémité était convenablement dirigée et le plus profondément possible. Je ne jugeai pas utile de me servir d'une petite curette, que je n'aurais pu faire agir sur toutes les parties malades, et n'aurais d'ailleurs manié qu'avec beaucoup de réserve dans cette région dangereuse. La guérison définitive fut très longue à obtenir. Les céphalalgies avaient considérablement diminué à la suite de l'opération, et au bout de quelques semaines la suppuration s'était tarie à peu près complètement; mais il se produisit, à plusieurs reprises, une réapparition des symptômes, que je ne fis disparaître qu'en agrandissant, avec un stylet dont l'extrémité était recourbée en crochet sur une longueur de 3 à 4 millimètres, et avec le galvano-cautère, l'ouverture artificielle du sinus, dont les bords bourgeonnaient, et qui tendaient à s'obturer. Ces interventions étaient suivies de céphalalgies violentes, qui cessaient

au bout de 24 à 36 heures, et ne reparaissaient plus pendant un temps variable. Il y avait environ huit mois que je ne l'avais vu lorsqu'il est revenu récemment me demander des soins. Il se considérait comme définitivement guéri, et se rendait bien compte qu'il ne s'agissait pas d'une récédive de son affection antérieure, mais bien d'une chose nouvelle et différente. L'examen montre bien qu'en effet le sinus sphénoïdal n'est plus malade; sa paroi est affaissée, l'ouverture artificielle, dont les bords ont bourgeonné, paraît avoir disparu à peu près entièrement. En explorant la région avec un stylet, j'ai fait saigner le point touché, mais, n'arrivant pas à pénétrer franchement dans le sinus, je me suis abstenu de multiplier mes tentatives.

Est-il légitime de supposer une relation de cause à effet entre l'affection du sinus maxillaire et celle du sinus sphénoïdal? Le fait, est d'autant moins probable que le sinus sphénoïdal était guéri au moment où l'antre d'Highmore est devenu malade. Je ne pense pas non plus qu'on puisse incriminer les interventions chirurgicales que j'avais pratiquées, antérieurement, puisque l'affection n'a débuté qu'après plusieurs mois. Le malade reconnaît s'être servi parfois d'eau pure pour faire les lavages du nez, lorsque sa provision d'acide borique et de solution alcoolique de naphthol était épuisée. S'est-il servi d'eau sale et faut-il attribuer à la pénétration de celle-ci dans la cavité maxillaire les accidents observés? La chose est possible, mais non certaine; et l'étiologie reste obscure.

Quant à celle de l'inflammation suppurative du sinus sphénoïdal, elle me semble, ainsi que je l'ai déjà dit, pouvoir être rapportée avec raison au traumatisme opératoire, à l'ablation des polypes muqueux. Cette complication semble à la vérité être infiniment rare, car Léméré dans son travail sur ce sujet, n'en cite qu'un seul cas; et encore la lésion n'avait-elle été constatée qu'à l'autopsie du malade, qui avait succombé à des accidents méningitiques. Au contraire, on a vu, dans un certain nombre de cas, la suppuration des sinus

frontaux et des sinus maxillaires se produire à la suite de l'extirpation des polypes muqueux. Récemment, Bayer (de Bruxelles) ayant observé un certain nombre de malades atteints à la fois de polypes muqueux du méat moyen et de suppuration de l'antre, a cru pouvoir en conclure que la seconde pouvait être attribuée aux premiers qui, obstruant l'orifice du sinus et s'opposant à l'expulsion des sécrétions, jouaient un rôle important dans la genèse de l'inflammation suppurative. Heryng, de son côté, sur quatre malades atteints d'empyème du sinus sphénoïdal qu'il a eu l'occasion d'observer, en a vu deux qui présentaient en même temps des polypes muqueux de la partie supérieure de la fosse nasale malade, et l'un d'eux avait en même temps un empyème du sinus maxillaire. Faut-il en induire que les polypes ont causé l'affection du sinus sphénoïdal, comme Bayer le pense pour celle de l'antre d'Highmore? Je n'en crois rien pour ma part; chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire c'est évidemment l'ablation des polypes, et non leur présence qu'il faut incriminer; d'autre part, sur 18 cas de suppuration du sinus, et sur plusieurs centaines de cas de polypes muqueux, je n'ai vu les deux affections coïncider que trois fois. Chez une malade, les symptômes de l'inflammation du sinus s'étaient montrés après des tentatives répétées d'extirpation des tumeurs à l'aide de la pince, faites sans éclairage suffisant, douloureuses et n'ayant donné que des résultats incomplets, toutes choses d'ailleurs faciles à comprendre, car la fosse nasale était en partie obstruée par un volumineux éperon de la cloison. Il serait intéressant de savoir si les malades de Bayer et ceux de Heryng n'avaient pas, avant de s'adresser à eux, été incomplètement opérés par des praticiens moins soigneux et moins expérimentés, et si dès lors les lésions des sinus ne pourraient pas être attribuées à ces traumatismes opératoires plus légitimement qu'aux tumeurs elles mêmes. Quoi qu'il en soit, l'opinion de Bayer ne me semble nullement justifiée par les faits; et je crois que si parfois il peut y avoir une relation de cause à

effet entre les polypes muqueux et l'empyème des sinus, c'est au contraire à celui-ci qu'il faut attribuer le développement des premiers. Il n'est pas rare en effet, dans les cas d'empyème de l'antre déjà anciens de voir à l'entrée du méat moyen des végétations siégeant soit à la paroi externe de la fosse nasale, soit plutôt au fond antérieur du cornet. En pareil cas, on peut presque toujours constater à l'aide du stylet, que la muqueuse du méat est profondément altérée par le contact incessant du pus, et qu'il existe en cette région des dénudations osseuses plus ou moins étendues. Les végétations qu'on observe alors sont ordinairement rougeâtres, souvent même rouge vif, elles ressemblent à des bourgeons charnus ; mais, fait important sur lequel je crois être le premier à appeler l'attention, l'examen histologique de ces productions fait reconnaître qu'elles sont constituées par du tissu muqueux. Il semble dès lors très probable qu'elles puissent, avec le temps, se développer, changer d'aspect, prendre la coloration opaline des myxomes, devenir en un mot des polypes muqueux vulgaires.

J'ai vu deux malades atteints de suppuration d'un sinus maxillaire, présenter chacun à l'entrée du méat moyen, du côté affecté, un polype muqueux de petite dimension, unique, et vraisemblablement développé comme je viens de le dire. Mais chez le malade dont il est question dans ce travail, rien n'autorise à admettre que l'empyème du sinus sphénoïdal ait précédé l'apparition des polypes, et tout au contraire porte à croire que la suppuration s'est produite en dernier lieu, et non pas sous l'influence du développement des tumeurs, mais bien à la suite de leur ablation.

L'observation de ce malade, que depuis longtemps j'avais l'intention de publier et que j'eusse en effet rapportée déjà si j'avais pu obtenir une guérison plus rapide, me paraît présenter quelque intérêt. Si en effet on ne tient pas compte des faits où la suppuration est due à des lésions spécifiques diffuses des fosses nasales et de leurs annexes, ou à des infections secondaires se produisant dans le cours des maladies

infectieuses (auquel cas elles ne sont guère reconnues qu'à l'autopsie), les observations de catarrhe purulent ou d'empyème du sinus sphénoïdal diagnostiquées pendant la vie, et traitées chirurgicalement avec succès, sont encore en très petit nombre. Les cas publiés par Schœffer étaient restés isolés, et il a fallu les importants travaux de E. Berger sur les diverses altérations de ce sinus et leurs symptômes, pour attirer l'attention des observateurs.

J'ai été vraisemblablement le premier qui, après Schœffer, ait diagnostiqué un empyème du sinus sphénoïdal et l'ait ensuite opéré et guéri. Depuis que j'ai pratiqué cette opération (mai 1887), Heryng, au congrès international de laryngologie de Paris, en 1889, a rapporté 4 cas de suppuration du sinus sphénoïdal qu'il a traités avec succès.

Dans le dernier travail que E. Berger ait consacré à cette question, il cite obligeamment le cas que je viens de relater, et que j'avais eu l'occasion de lui communiquer en lui présentant le malade à ma clinique; et il nous apprend en outre que Quénu, Trousseau et Moure lui ont communiqué des faits analogues qui leur sont personnels. Il serait désirable que ces distingués confrères publiassent leurs observations in extenso. L'analyse de ces derniers cas et de ceux qui ont été publiés déjà pourraient permettre de commencer une étude sérieuse des suppurations simples des sinus sphénoïdaux, et de préciser leur étiologie ainsi que les symptômes et les signes pouvant aider à les différencier des autres lésions (ostéites spécifiques diverses, kystes, tumeurs solides, etc.) qui peuvent atteindre la même région.

RECUEIL DE FAITS

TUMEUR MIXTE (EPITHÉLIO-SARCOME) DES FOSSES NASALES — ENVAHISSEMENT DES LOBES FRONTAUX — ABCÈS LATENT DU CERVEAU — MORT SUBITE — AUTOPSIE.

Par M. G. Durante, interne des hôpitaux.

Le 14 avril 1890, le nommé G. Ler..., âgé de 60 ans, se présenta à la clinique du D^r Luc pour se faire opérer de ce qu'il croyait être un simple polype de la fosse nasale droite.

M. Luc constata que cette cavité était complètement obstruée par une masse grisâtre, d'aspect fongueux, saignant facilement, non mobile, séparée du plancher par un intervalle où l'on pouvait glisser un stylet, mais adhérent en masse à la cloison et aux cornets et ne pouvant être limitée vers la région supérieure de la fosse nasale. La rhinoscopie postérieure montrait le néoplasme s'avancant jusqu'au voisinage de la choane correspondante, mais n'envahissant pas le pharynx nasal. En revanche l'exploration de la fosse nasale gauche ne permettait d'y constater aucune lésion. M. Luc diagnostiqua une tumeur maligne non opérable par les voies ordinaires, sans délabrements préalables et adressa le malade à M. le D^r G. Marchant, chargé du service de chirurgie à l'hôpital Laënnec, lui laissant le soin d'intervenir par une opération radicale, s'il le jugeait à propos.

Le D^r Marchant constata les principales particularités mentionnées par M. Luc ; il nota en outre une anosmie complète du côté droit, l'odorat étant au contraire conservé à gauche.

A part sa gêne respiratoire, un certain degré de faiblesse expliquable par des épistaxis abondantes qui s'étaient montrées, ces temps derniers, par la narine droite, une tendance

à la céphalalgie et quelques éblouissements, le malade se sentait parfaitement bien. Il s'exprimait facilement et ne paraissait être affecté d'aucun trouble intellectuel.

Pas de symptômes généraux, du reste, point de fièvre. Pas de cachexie (1).

La bénignité, on peut presque dire l'absence des symptômes cérébraux, fit poser le diagnostic de tumeur *opérable* des fosses nasales; et l'on remit l'opération au lendemain.

Le 26 avril. Le malade se couche en parfaite santé, et la nuit se passe sans incidents.

Le lendemain matin, il veut sortir de son lit, mais, au moment où il pose le pied à terre, il chancelle et tombe mort.

L'autopsie a lieu 24 heures après et révèle les particularités suivantes :

La face ne présente rien de spécial.

La calotte crânienne enlevée, on trouve les méninges de la convexité et la face interne des hémisphères cérébraux absolument saines, mais, le cerveau soulevé, on découvre, à la base du crâne, un foyer grisâtre, puriforme, grumeleux et d'odeur infecte, recouvrant tout l'espace compris entre la partie antérieure de la lame criblée de l'ethmoïde et les ailes du sphénoïde.

La lame criblée de l'ethmoïde est perforée et détruite des deux côtés, ainsi que le corps du sphénoïde; cette destruction est plus complète à droite qu'à gauche.

Les os détruits sont remplacés par un magma puriforme, demi-liquide, à travers lequel la sonde cannelée pénètre dans une vaste cavité anfractueuse constituée par les fosses nasales et par les sinus ethmoïdaux, sphénoïdaux et maxillaires, largement ouverts par la destruction de leurs parois.

Par cet orifice, on retire une partie de la tumeur qui se présente sous l'aspect d'un néoplasme grisâtre, de forme

(1) Nous ne constatâmes pas non plus de troubles visuels, mais, comme on le verra par la suite, il est regrettable que l'examen ophtalmoscopique n'ait pas été pratiqué.

irrégulière, lobulée, presque complètement ramolli et diffusant par places, ailleurs plus dur et de consistance charnue, se réduisant facilement sous la pression des doigts en des morceaux grumeleux, plus ou moins volumineux.

La dure-mère et la pie-mère de la région antérieure de la base du cerveau sont détruites.

Toute la portion de la base du cerveau comprenant la face inférieure des deux lobes frontaux, les espaces perforés antérieurs et le chiasma des nerfs optiques, sont baignés dans cette même matière puriforme et, après un lavage sous un filet d'eau, son aspect grisâtre et tomenteux montre qu'elle est envahie par le néoplasme.

Le nerf olfactif droit est complètement détruit ; quant au gauche, on n'en retrouvait plus que quelques débris perdus dans le pus et les fausses membranes.

Le chiasma est aussi recouvert et envahi par les fausses membranes et tellement ramolli qu'on a de la peine à comprendre comment la vue avait pu être conservée.

La partie inférieure de la première circonvolution frontale, le bec du corps calleux, la lame grise des nerfs optiques ont disparu, et l'on trouve, à leur place, un orifice donnant accès dans une cavité ayant les dimensions d'un petit œuf de poule et occupant les deux lobes frontaux.

Cette cavité est remplie par un liquide gris brunâtre, purulent, grumeleux, d'une odeur infecte. La paroi est tapissée par une membrane tomenteuse, d'une couleur grisâtre, piquetée d'un fin pointillé vert.

La cavité est complètement contenue dans les lobes frontaux et séparée de la convexité par une épaisseur de un centimètre à un centimètre et demi de substance corticale. En arrière et en bas, elle est séparée des ventricules latéraux par une lame de substance nerveuse très mince qui se rompt lors de l'ouverture du cerveau.

Les ventricules latéraux ne contiennent que quelques gouttes d'un liquide citrin qui n'est pas plus abondant que

dans l'état normal, et leurs parois, absolument saines, ne sont pas injectées.

La couche optique, les corps striés sont sains.

Rien de particulier dans les autres parties du cerveau : la portion inférieure de la scissure de Sylvius est intacte, ainsi que la partie antérieure des lobes sphénoïdaux.

Les pédoncules cérébraux ne sont pas atteints.

La base du crâne, les méninges et la face inférieure du cerveau sont absolument saines, à partir d'une ligne transversale passant par le corps du sphénoïde.

On prend, pour les examiner, des fragments de la tumeur et de la paroi de l'abcès cérébral, et un fragment de cerveau, avoisinant la collection purulente.

Examen histologique. — L'examen microscopique a porté sur la tumeur, sur les parois de l'abcès du cerveau et sur la portion cérébrale avoisinant la collection, il a été précédé de durcissement dans la liqueur de Müller d'abord, puis dans l'alcool absolu, et de coloration au picro-carminate d'ammoniaque.

A l'état frais, la tumeur présente à la coupe, une surface gris rosé, très ramollie, grumuleuse par places, plus ferme ailleurs.

L'examen histologique révèle la structure d'un polype mixte papillaire des fosses nasales.

Les papilles sont nombreuses et très ramifiées; toute la tumeur est tapissée par un revêtement épithélial continu de cellules cylindriques à cils vibratiles, et à gros noyau, avec de nombreuses cellules de remplacement, entre leurs pieds.

Le centre de la tumeur présente les caractères d'un sarcome, mais tous les points n'en sont pas identiques. Au-dessous du revêtement épithélial, le tissu fibreux domine sur une épaisseur variable suivant les points, et les fibres n'en sont séparées que par des cellules relativement peu nombreuses; c'est comme une coque fibreuse entourant la tumeur et séparant le tissu épithélial du tissu sarcomateux.

Le tissu fibreux se retrouve aussi par places, mais en moins

dre abondance au cœur de la tumeur, sous forme de travées ou d'îlots, émettant des prolongements; mais on note au centre de la tumeur, les caractères d'un sarcome à petites cellules rondes ou ovalaires appliquées les unes contre les autres et disposées en îlots ou en larges traînées, séparées par des faisceaux conjonctifs.

La transition entre les tissus fibreux et sarcomateux à petites cellules se fait généralement brusquement, les travées fibreuses séparant nettement les traînées sarcomateuses; certaines papilles sont uniquement fibreuses, mais, par places, on voit les portions fibreuses s'infiltrer de cellules sarcomateuses et le passage se faire insensiblement entre le sarcome et le tissu fibreux.

Les vaisseaux sont relativement rares (pour un sarcome). Dans les portions fibreuses ou fibro-sarcomateuses ils sont entourés d'une épaisse zone conjonctive.

Dans les parties sarcomateuses au contraire, on trouve des vaisseaux sans paroi nette, ou présentant parfois uniquement leur paroi endothéliale, les vaisseaux, rompus, ont donné lieu à de nombreuses petites hémorragies interstitielles.

La paroi de l'abcès du cerveau présente la même structure que la tumeur primitive.

On y retrouve l'épithélium cylindrique, mais ici il s'observe non pas comme revêtement, mais sous forme d'îlots, ou de tubes épithéliomateux ayant envahi l'épaisseur de la paroi.

On y retrouve aussi les tissus fibreux et sarcomateux avec une disposition identique à celle décrite plus haut.

Les hémorragies interstitielles sont nombreuses, les vaisseaux étant la plupart sans paroi.

Les éléments nerveux paraissent avoir complètement disparu.

Dans les portions du cerveau plus éloignées on constate une encéphalite intense qui va en diminuant à mesure que l'on s'éloigne du siège de l'abcès; la névroglie est remplie de petites cellules inflammatoires par places, et ailleurs le

tissus nerveux est dissocié et détruit par suite de l'envahissement des éléments sarcomateux.

On peut du reste observer le passage entre l'encéphalite encore peu intense avec ses cellules inflammatoires irrégulièrement disséminées dans la névroglie et la paroi de l'abcès cérébral avec ses éléments sarcomateux et épithéliaux.

Notons que les éléments sarcomateux avaient pénétré plus avant que les éléments épithéliomateux.

Au niveau des portions atteintes d'encéphalite, les petits vaisseaux présentent une périartérite et une périphlébite très marquée.

Les hémorragies interstitielles sont très nombreuses, surtout dans la paroi de l'abcès.

En résumé ce malade était atteint d'une tumeur mixte des fosses nasales, d'un sarco-épithéliome, ayant détruit la paroi supérieure de ces cavités et s'étant propagé progressivement jusqu'à envahir les lobes frontaux où il avait déterminé un abcès, soit par suite de la pénétration secondaire d'éléments septiques, soit plutôt (vu l'absence de fièvre et de réaction) par suite du ramollissement et de la désagrégation de sa partie centrale.

Au point de vue clinique, cette observation est curieuse en raison de la latence des symptômes cérébraux qui ne permettaient pas de penser à l'envahissement de l'encéphale.

Elle montre, une fois de plus, quelle prudence il faut apporter à l'extirpation des polypes des fosses nasales, car, dans le cas particulier, il n'y avait en effet aucune contre-indication sérieuse à l'opération, et cependant celle-ci aurait très probablement déterminé la mort subite au cours de l'intervention.

Cette observation enfin, est intéressante par le nouvel exemple qu'elle nous fournit de la tolérance du cerveau et particulièrement des lobes frontaux, pour des lésions qui sembleraient devoir déterminer la mort, ou tout au moins de graves symptômes nerveux, bien avant d'avoir atteint un pareil degré.

Au point de vue des localisations cérébrales, nous ferons remarquer, en terminant, qu'ici les deux lobes frontaux étaient également affectés et que, par conséquent, on ne peut admettre que les fonctions, encore inconnues, de cette région aient pu être remplies par la suppléance de la région homologue du côté opposé ainsi qu'on l'avait admis à propos d'autres observations.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

I. — NEZ ET PHARYNX

Du coryza pseudo-membraneux. (*Rhinite fibrineuse, croupale*),
par le Dr V. RAULIN. *Revue de laryng.*, etc., 1890, n° 9.

Ce travail est le premier qui ait paru en France sur la question. Le coryza pseudo-membraneux a été étudié dans ces dernières années, en Allemagne par Hartmann, Seifert, Moldenhauer et Bischofswerder, en Amérique par Potter et Chapin. Le Dr Raulin en rapporte quatre observations recueillies à la Clinique du Dr Moure.

La rhinite fibrineuse, de nature nullement diphtéritique, est une affection du jeune âge ; on l'observe dans la première et la seconde enfance, surtout durant l'été et spontanément, sans cause connue. Cette rhinopathie qui est assez rare, se conduit comme une maladie sporadique ; elle ne paraît pas contagieuse.

Ce processus revêt deux formes : l'une, primitive et l'autre secondaire.

La forme primitive débute par une sensation de fatigue, quelques accès de fièvre, de la céphalalgie frontale, de l'enchifrènement et une sécrétion muco-purulente.

Du troisième au sixième jour, alors que la fièvre tombe, la pituitaire se recouvre d'un exsudat fibrineux ; ces pseudo-membranes, dont l'épaisseur varie, ont une coloration d'un gris opaque ou d'un blanc jaunâtre ; elles siègent tantôt dans l'une, tantôt dans les deux fosses nasales, de

préférence dans la portion respiratoire sur la partie antérieure de la cloison, sur le cornet inférieur et sur le cornet et le méat moyens. Se détachant assez facilement, elles laissent au-dessous d'elles une muqueuse simplement hyperhémée ou érodée, jamais ulcérée ; elles se reforment avec rapidité. L'affection se continue dans les fosses nasales ; le nasopharynx reste indemne. Pas de ganglions dans la région sous-maxillaire.

Le seul cas de coryza pseudo-membraneux secondaire concerne un jeune homme de 18 ans qui mourut asphyxié consécutivement à l'envahissement de toutes les voies respiratoires par un exsudat fibrineux qui avait débuté par les bronches.

Cette rhinopathie, dans sa forme primitive, dure en général de 2 à 3 semaines, mais, dans quelques cas, les membranes se reformèrent pendant plusieurs mois ; sa terminaison est la guérison.

Au point de vue anatomo-pathologique, les pseudo-membranes ne se différencient de celles de la diphtérie que par l'absence des bacilles de Löffler ; elles sont constituées par des travées fibrineuses qui contiennent des cellules lymphatiques et des microcoques groupés en colonics ; l'épithélium de la muqueuse n'est pas altéré.

La rhinite croupale n'a aucun rapport avec la diphtérie dont elle se différencie par sa marche clinique et l'absence des bacilles spécifiques de Löffler ; elle ne serait que la forme idiopathique de ces rhinites fibrineuses que l'on détermine expérimentalement chez les animaux au moyen de caustiques chimiques ou que l'on observe chez certains sujets à la suite de cautérisations galvaniques ; elle serait la conséquence d'une inflammation très vive de la pituitaire dont les agents d'irritation sont encore inconnus ; on a incriminé sans preuves valables les microcoques que l'on trouve dans l'exsudat et dans la muqueuse. La diphtérie nasale ne peut pas en imposer pour l'affection qui nous occupe ; elle est le signe d'une intoxication des plus graves de tout l'organisme qui a débuté par la gorge ; elle s'accompagne de tuméfaction ganglionnaire et d'albuminurie et de symptômes généraux graves ; elle est rarement primitive ; dans ce cas, elle se propage à la cavité naso-pharyngienne et à la gorge ; c'est en outre une maladie contagieuse.

Le pronostic est bénin sauf chez le tout jeune enfant chez lequel la sténose nasale qu'entraîne l'affection peut compromettre la succion, c'est-à-dire l'alimentation.

Le traitement purement local, consiste à hâter et à faciliter la chute des membranes tout en empêchant leur formation nouvelle ; il doit être avant tout nullement irritant. Les irrigations ou les pulvérisations antiseptiques

tièdes et alcalines et les attouchements avec la solution suivante sont employés avec avantage.

Acide lactique.....	1 gr.
— phénique.....	1 gr. 50
Glycérine.....	15 gr.

Les rhinologistes français sauront gré à l'auteur de cette étude d'avoir attiré leur attention sur cette affection peu connue jusqu'ici.

LUC.

On nasal obstruction and mouth breathing as factors in the etiology of caries of the teeth and in the development of the vaulted palate.
(De l'obstruction nasale, et de la respiration nasale comme facteurs dans l'étiologie de la carie dentaire et du développement du palais ogival, par SCANES SPICER. In *The Transactions of the odontological Society of Great Britain*, janvier 1890.

L'auteur a été frappé de la grande proportion de dents cariées qu'il a observées chez les sujets ayant été condamnés pendant leur enfance à une respiration plus ou moins exclusivement buccale, par le fait de l'imperméabilité du conduit pharyngo-nasal. L'obstruction nasale constitue l'un des apanages pathologiques de l'homme civilisé. Elle est la conséquence du surchauffage de nos appartements entraînant une impressionnalité spéciale des muqueuses à l'égard du froid et leur tendance à s'hypertrophier.

Les populations sauvages, comme les animaux (l'auteur oublie les chiens) se distinguent de nous par des fosses nasales largement ouvertes à l'air. Aussi la respiration est-elle chez eux exclusivement nasale et il est remarquable que leurs dents sont généralement fort belles et se conservent telles pendant la plus grande partie de la vie.

L'auteur explique l'influence de la respiration buccale sur la production de la carie dentaire par la pénétration continuelle dans la bouche d'un air froid, généralement chargé de micro-organismes, d'autre part par le dessèchement de cette cavité. Dans ces conditions, les dents (surtout les supérieures qui sont précisément plus exposées à la carie) cessent d'être baignées par une salive alcaline. Le mucus s'y dessèche sous forme de dépôts, formant de véritables nids pour les micro-organismes précités. Quant à la forme ogivale du palais et aux irrégularités de disposition de dents chez les mêmes sujets, l'auteur les attribue à l'arrêt de développement du squelette nasal par insuffisance fonctionnelle. Il résulte de là que

le vomer trop court ne repousse pas suffisamment vers la bouche la partie moyenne de la voûte palatine. D'autre part les joues tendues par l'écartement incessant des mâchoires s'opposent au développement latéral de ces dernières, d'où l'absence d'espace pour la libre expansion des alvéoles dentaires.

LUC.

Transformation kystopneumatique du cornet moyen, par SCHMIEGELOW de Copenhague, in *Rev. de laryng.*, 15 mai 1890.

L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles de violentes douleurs de tête coïncidaient, d'une part avec la présence de polypes muqueux dans les fosses nasales, d'autre part, avec un gonflement considérable du cornet moyen, comprimant la cloison et dû à une sorte de dilatation ampulliforme de l'os, avec cavité centrale.

Le traitement consista en une extirpation de la paroi kystique qu'on perfora d'abord en plusieurs points, avec le galvano-cautère, après quoi on enleva aisément la paroi au moyen des ciseaux et d'une pince. Dans un cas, on réussit à extirper le kyste en totalité, en entourant le col d'une anse solide de fil d'acier et en le coupant. L'opération amena la cessation de la céphalalgie.

L'auteur pense qu'il ne faut pas considérer exclusivement ces ampoules osseuses comme une variété anatomique congénitale, mais qu'elles peuvent être dues à certaines irritations du système osseux, provenant peut-être de la muqueuse.

LUC.

II. — LARYNX ET TRACHÉE

Œdème aigu du larynx au cours des oreillons. — Communic. de M. PILATTE au comité médical des Bouches-du-Rhône. D'après le *Bull. méd.*, 8 juin 1890.

Il s'agit d'un homme de 29 ans, vigoureux, mais qui, au moment où ont débuté des oreillons, était convalescent d'une série d'accès de fièvre palustre. Au sixième jour des oreillons, qui chez lui étaient très prononcés, ce malade fut pris d'un œdème du larynx à marche très aiguë ; œdème qui, au bout de quelques heures, nécessita une trachéotomie d'urgence. La canule fut enlevée au bout de quatre jours ; tous les accidents avaient alors disparu et la guérison était complète. Ajoutons qu'avant l'apparition de l'œdème du larynx il n'y avait qu'un peu de rougeur de la gorge sans inflammation véritable.

M. Pilatte ne prétend pas que les oreillons aient été la cause unique et immédiate de l'œdème du larynx ; il admet, comme possible, l'influence de l'angine, si légère qu'ait été cette angine ; mais il est probable que l'angine eût évolué simplement si les oreillons n'avaient pas existé. « Lorsque la parotide, dit-il, acquiert un volume considérable, il est certain qu'elle doit exercer une compression sur les gros troncs veineux du cou et en particulier sur les veines jugulaires externe et interne ; or, c'est à cette dernière que se rendent les veines du larynx ». Cette disposition rend facile la stase veineuse laryngée et dans le cas d'angine simple, les oreillons favorisent la production de l'œdème.

Il serait impossible, en effet, d'invoquer dans ce cas, l'influence de l'impaludisme en dehors de toute cachexie et de toute trace d'aluminurie.

LUC.

Traitement du spasme de la glotte par excitation de la pituitaire.

Communication de M. KURT à la Société des médecins de Vienne.
D'après le *Bull. méd.*, 28 mai 1890.

KURT ayant remarqué que chez un enfant de six ans atteint d'une coqueluche violente, occasionnant de véritables convulsions, il suffisait d'une excitation légère de la muqueuse nasale pour arrêter les accès, eut l'idée de renouveler cette expérience sur des sujets atteints de spasmes de la glotte :

« Au moment d'un accès, dit-il, il suffit de chatouiller avec une barbe de plume la pituitaire pour l'arrêter instantanément. »

Pour rendre l'excitation plus active l'auteur trempait le barbe de plume dans une solution de sulfate de quinine. D'après lui, cette excitation ne couperait seulement pas l'accès mais elle améliorerait le malade en empêchant les spasmes de se produire.

LUC.

Des paralysies du muscle ary-aryténoïdien, par MM. PROUST et P. TISSIER. — In *Ann. des mal. de l'oreil. et du larynx*, mai 1890.

Les auteurs rapportent trois observations de la paralysie en question. Dans le 1^{er} cas il s'agissait d'un jeune homme de 23 ans atteint de tuberculose laryngo-pulmonaire dans le cours de laquelle l'examen laryngoscopique provoqué par l'enrouement du malade révéla un défaut de rapprochement des cordes vocales, dans leur moitié postérieure et des cartilages aryténoïdes. L'électrisation faradique directe du muscle ary-aryténoïdien déterminua une légère amélioration de la phonation.

Dans l'observation n° 2 les mêmes symptômes furent observés dans le cours d'une laryngite catarrhale.

L'observation n° 3 concerne une jeune fille sujette à des attaques de grande hystérie. Après l'avoir endormie, les auteurs lui suggérèrent qu'elle ne pouvait plus émettre un son, tout en conservant le langage chuchoté. Le lendemain l'aphonie était absolue et l'examen laryngoscopique montra qu'elle était due à une paralysie du muscle ary-aryténoïdien. L'image de la glotte était absolument caractéristique. Les cordes vocales ne se rapprochaient que dans leurs deux tiers antérieurs et il restait un orifice béant relativement large à la partie postérieure de la glotte.

Dans les réflexions dont les deux auteurs font suivre ces trois observations ils font remarquer que ces dernières résument assez bien l'étiologie de la paralysie du muscle ary-aryténoïdien qui se montre le plus souvent en clinique, soit sous l'influence de l'hystérie, soit comme complications de certains catarrhes laryngés, soit comme conséquence de ces deux causes combinées. Dans le cas de catarrhe laryngé simple ou tuberculeux les auteurs croient à une myopathie par propagation de l'inflammation de la muqueuse aryténoïdienne aux fibres transversales du muscle ary-aryténoïdien qui sont précisément les plus superficiels.

Dans l'hystérie, la paralysie serait souvent l'effet d'une auto-suggestion : « l'hystérique, calculant les conséquences possibles, dans son esprit d'un enrouement (à l'occasion d'un catarrhe léger) les pousse à l'extrême et en arrive à se suggérer une aphonie absolue ; si l'on constate alors la paralysie de l'ary-aryténoïdien, ce n'est pas parce que l'hystérie a une prédilection particulière pour ce muscle, c'est parce que la paralysie est en définitive un moyen, et peut être le plus simple de réaliser l'aphonie ».

LUC.

Sangsue dans la région sous-glottique, extraction par les voies naturelles, par le Dr FICANO. In *Rev. de laryng.*, 1^{er} février 1890.

Un homme d'une trentaine d'années sentit quelque chose entrer dans sa gorge, en buvant l'eau d'une source de campagne. Il n'y prêta d'abord aucune attention, mais plus tard il ressentit une sensation de gêne à la gorge, une difficulté à respirer, sans dyspnée véritable ; il remarqua en outre des changements dans sa voix et des hémoptysies.

Le Dr Ficano consulté 15 jours après constata à l'examen laryngoscopique la présence d'un corps noirâtre se remuant faiblement dans la région sous-glottique immédiatement au-dessous des cordes vocales qui se mon-

traient souillées de sang et ne se rapprochaient qu'incomplètement pendant la phonation. Après s'être contenté d'une cocaïnisation extra-laryngée, par crainte de détacher l'animal, l'auteur guidé par le miroir laryngé réussit à extraire la sangsue à l'aide d'une pince.

Celle-ci était longue de quatre centimètres et était gorgée de sang, au point que sa grosseur représentait presque celle de la pointe du petit doigt.

LUC.

Breathing during singing and speaking. (La respiration pendant le chant et la parole), par MAYO COLLIER, de Londres. In *The Journ. of Laryng.*, 1890, février, p. 49.

L'auteur distingue deux méthodes d'inspiration dans le mécanisme du chant : la méthode italienne consistant à élever la partie moyenne du diaphragme et la méthode du Conservatoire de Paris d'après laquelle la partie moyenne du diaphragme doit être refoulée vers l'abdomen pendant l'inspiration. Suivant l'auteur, la première serait préférable parce qu'elle permettrait une plus grande augmentation du volume de la cage thoracique. Quand en effet la partie moyenne aponévrotique du diaphragme est portée en haut, sa portion musculaire devient verticale et agit efficacement sur les côtes inférieures qu'elle élève et porte en dehors. Ces mêmes côtes sont au contraire attirées en dedans quand le diaphragme se contracte après avoir été abaissé. La base du cône thoracique est donc plus étendue dans le premier cas que dans le second ; sa hauteur est en revanche supérieure dans le second, mais le volume d'un cône dépendant plus de sa base que de sa hauteur, en vertu de la formule géométrique $V = h/3 \pi r^2$, l'avantage resterait à la méthode italienne au point de vue de l'amplitude à assurer à la cage thoracique, pendant l'inspiration.

Nous rapportons sous toutes réserves le raisonnement *physiologico-mathématique* de l'auteur anglais, mais nous avouons ne pouvoir nous défendre d'un certain scepticisme à l'égard de ces considérations géométriques, en apparence si précises, appliquées à des organes de configuration très imparfaitement géométrique et dont les modifications de forme et de volume soumises à des actions musculaires multiples et complexes nous paraissent d'une mensuration et d'une appréciation bien plus délicates que l'auteur ne semble le supposer.

LUC.

Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs. (De l'innervation centrale motrice du larynx), par les Drs FELIX SERNON et VICTOR HOBSLEY. In *Internat. Centralblatt fur laryng.*, 1890, n° 8, p. 389.

Les auteurs commencent par nous prévenir que l'article en question n'est que l'exposé succinct d'expériences encore incomplètes dont les résultats définitifs doivent être ultérieurement publiés. Pour le moment, il ressort des recherches entreprises par eux sur le singe, le chien et le lapin, qu'il existe, dans l'écorce de chaque hémisphère, un territoire présidant aux mouvements d'adduction des cordes vocales. Cette région occuperait chez le singe la base de la 3^e circonvolution frontale, et chez les carnivores, le gyrus præcucialis. L'excitation de la région en question détermine l'adduction complète des deux cordes vocales et partant l'occlusion de la glotte. Cette occlusion dure aussi longtemps que l'excitation. Si pourtant cette dernière est démesurément prolongée, il arrive que le besoin d'air parvient à en triompher et donne lieu à un écartement brusque et momentané des cordes.

Les effets de l'excitation se montrent de plus en plus faibles au fur et à mesure que l'on s'éloigne du centre de la région déterminée et, quand on dépasse une certaine limite, les cordes reprennent la position cadavérique.

Les auteurs n'ont pu réussir à découvrir dans l'écorce cérébrale une région dont l'excitation aboutit à un mouvement d'abduction des cordes.

Si l'on vient à extirper l'un des centres adducteurs assez radicalement pour qu'il ne soit plus possible, par l'excitation de la région opérée, de produire des mouvements d'adduction et qu'on laisse ensuite la plaie se cicatriser sous des pansements antiseptiques, on n'observe aucune paralysie des cordes vocales. Si, d'autre part, on vient à exciter le centre de l'autre hémisphère demeuré intact, on observe un mouvement d'adduction des deux cordes vocales.

Si l'écorce cérébrale ne paraît pas posséder de centre abducteur glottique, il n'en est pas de même de la moelle allongée ; les auteurs ont en effet produit la dilatation active de la glotte par l'excitation du noyau bulbaire du spinal.

Ils font remarquer que ce fait de l'existence d'un centre adducteur cérébral et d'un centre abducteur bulbaire est conforme à nos connaissances physiologiques, l'adduction des cordes étant un acte phonatoire

qui rentre dans les phénomènes de la vie de relation, tandis que leur abduction est un acte respiratoire et rentre par suite dans le domaine de la vie végétative.

LUC.

III. — RÉGION CERVICALE

Epithelioma of the thyroid gland and trachea. (Épithélioma du corps thyroïde et de la trachée), par NORRIS WOLFENDEN. In *The Journ. of Laryng.*, 1890, n° 2, p. 50.

Histoire pathologique d'un homme de 55 ans, chez lequel se développa une tumeur manifestement cancéreuse du lobe droit du corps thyroïde, occasionnant peu de gêne de la déglutition, mais déterminant une dyspnée progressive accompagnée de cornage qui nécessita la trachéotomie. L'ouverture de la trachée ne procura aucun soulagement au malade qui cessa de respirer pendant l'opération et ne put être ramené à la vie. L'examen laryngoscopique avait révélé une tumeur de la paroi trachéale au-dessous de la corde vocale. A l'autopsie on constata qu'il existait en effet un envahissement cancéreux de la trachée de même nature que le néoplasme thyroïdien. Mais au-dessous de la tumeur aperçue au laryngoscope, la trachée comprimée par l'extrémité inférieure du lobe thyroïdien droit formait un coude qui n'avait pu être vu pendant la vie et qui expliquait suffisamment l'inefficacité de la trachéotomie. L'examen microscopique révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules squameuses.

LUC.

Transplantation du corps thyroïde sur l'homme, par M. le professeur LANNELONGUE. *Bull. méd.*, 1890, p. 225.

S'appuyant sur la fréquence des manifestations myxœdémateuses consécutives à l'ablation du corps thyroïde, L... a eu l'idée de greffer un fragment de corps thyroïde de mouton chez une jeune fille de 14 ans qui présentait à un haut degré les caractères du myxœdème et chez qui les plus minutieuses recherches n'avaient pu faire découvrir la moindre trace de corps thyroïde. La greffe ne put être placée au cou en raison de grosses tumeurs myxœdémateuses qui s'y trouvaient et l'on choisit la région latérale inférieure du thorax, au-dessous du sein droit. L'opération fut aseptique et non antiseptique.

Les deux tiers environ du lobe gauche du corps thyroïde du mouton

furent logés sous la peau. La cicatrisation se produisit sans fièvre. Le pansement ayant été levé, huit jours après l'opération, on constata que la réunion de la plaie était parfaite, sans suppuration.

Au toucher, le corps thyroïde transplanté faisait une saillie appréciable. Reste à savoir s'il restera un véritable corps thyroïde fonctionnant, s'il persistera en s'accroissant, ou s'il est destiné à une résorption lente et progressive.

L'auteur compte sur l'avenir pour élucider ces divers points.

LUC.

IV. — PREMIÈRES VOIES DIGESTIVES

Les manifestations linguales de la syphilis, par le professeur FOURNIER. Leçon faite à l'hôpital St-Louis. (*Union méd.*, 8 mai 1890.

Cette leçon du professeur Fournier est consacrée à l'étude des manifestations linguales de la syphilis aux différentes phases de son évolution. Le chancre est peu commun sur la langue, Fournier dans sa pratique de la ville ne l'a rencontré que 37 fois en 27 ans. On le voit plus souvent chez l'homme que chez la femme. Son siège de prédilection est la moitié antérieure de l'organe (face supérieure, bords latéraux, pointe). Fournier l'a pourtant rencontré au niveau du V lingual. Habituellement il est unique, quelquefois cependant on en voit deux. Objectivement il se montre sous la forme érosive ou sous la forme ulcéreuse; la première est de beaucoup la plus fréquente. Le bubon occupe les ganglions sus-hyoïdiens latéraux ou les ganglions sous-maxillaires. Il peut siéger immédiatement en arrière du menton, quand le chancre occupe la pointe de la langue. Le chancre lingual est le plus souvent le résultat d'une contamination vénérienne, mais il peut se montrer consécutivement au contact de l'organe avec un instrument contaminé (pipe, cuiller..), chez les nourrissons allaités par des nourrices syphilitiques, la langue représente une porte d'entrée assez habituelle pour l'infection.

Abordant l'étude des lésions syphilitiques secondaires de la langue, Fournier distingue les syphilides humides et les syphilides sèches. Les premières sont très fréquentes et présentent ici les mêmes variétés que sur les autres muqueuses; types érosifs, papulo-érosifs, papulo-hypertrophiques, ulcéreux. Elles siègent de préférence sur la moitié antérieure de l'organe, mais il importe de savoir qu'on peut aussi les rencontrer au niveau de sa base. Fournier insiste sur ce fait, que le type érosif n'offre

objectivement rien de caractéristique et présente absolument le même aspect qu'un aphthe vulgaire ; en outre les érosions sont parfois tellement petites qu'on ne peut guère les distinguer qu'à la loupe.

Fournier s'arrête assez longuement aux syphilides sèches. Elles forment des plaques lisses contrastant avec l'aspect velvétique du reste de l'organe et résultent de la chute, sur une certaine étendue, des prolongements épithéliaux qui surmontent normalement les papilles linguales. Cette lésion (glossite tonsurante) n'appartient pas exclusivement à telle ou telle période, de l'évolution de la syphilis. On peut la rencontrer soit à la période secondaire, soit après plusieurs années. A propos du diagnostic de ces différentes manifestations, l'auteur signale une lésion susceptible d'être prise pour un accident secondaire et que lui-même a été plus d'une fois porté à traiter, sans résultat d'ailleurs, par la médication spécifique : il s'agit d'un herpès récidivant, caractérisé par des érosions petites, plates qui ressemblent absolument à des plaques muqueuses. Elles ont une durée éphémère, qu'on les traite ou non, mais tendent à récidiver.

Le traitement des syphilides secondaires de la langue est, à la fois, général et local. Il importe de ne pas se faire d'illusions sur la valeur du premier. A la rigueur, le traitement mercuriel seul pourrait guérir les plaques muqueuses de la bouche, mais cela exigerait un temps fort long. Si au contraire on emploie concurremment les topiques, le résultat peut être atteint au bout de quelques jours. Fournier recommande spécialement le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure. Ce dernier est plus douloureux, mais bien plus sûr et plus actif. On n'oubliera pas non plus les soins d'hygiène buccale : fréquents nettoyages de la bouche, abstention du tabac, de l'alcool, etc. Enfin, Fournier recommande de faire faire aux malades des attouchements, plusieurs fois par jour, avec le collutoire suivant :

Miel rosat.....	} à à 10 gr.
Glycérine.....	
Borax.....	3 gr.

Glossites tertiaires. — Fournier rappelle que c'est une loi générale que les syphilides tertiaires, en quelque point du corps qu'on les observe, aboutissent à l'organisation fibreuse, c'est-à-dire à la sclérose, ou à la nécrose, c'est-à-dire au ramollissement, à la gomme. Fournier dans une de ses statistiques a rencontré une proportion de 152 cas de lésions linguales tertiaires pour 787 syphilides cutanées. Les glossites tertiaires se rencon-

treut bien plus souvent chez l'homme que chez la femme (tabac, alcool). Ce sont par excellence des manifestations tardives, survenant le plus habituellement de la cinquième à la treizième année de la maladie. Leur siège de prédilection est la face dorsale (région moyenne ou pointe).

Les glossites scléreuses sont déterminées par une hyperplasie de tissu conjonctif qui, se condensant de plus en plus, déforme l'organe, en le lobulant.

Suivant que la lésion porte sur le derme seul ou dans la profondeur de l'organe, on aura la glossite superficielle corticale ou la glossite profonde parenchymateuse. Quand la glossite est superficielle, elle se révèle par l'existence de surfaces fermes donnant au doigt la sensation d'une carte de visite qui doublerait la langue.

A ce niveau, la muqueuse est rouge foncé, lisse, mince, sans papilles.

Les glossites scléreuses profondes ont quatre grands caractères : la tuméfaction, le mamelonnement, l'induration profonde, l'altération de la muqueuse.

La déformation de l'organe se traduit par l'apparition de mamelons, séparés par des sillons, parfois très profonds (1 centim.) au fond desquels tendent à se former des rhagades. Les flots sont de coloration variable (rouges ou blancs). Cette lésion, une fois qu'elle est constituée, se montre des plus tenaces. La médication spécifique est impuissante à rendre à l'organe sa forme primitive et le malade est condamné, pour la vie, à des soins minutieux de sa bouche, sans lesquels sa maladie se complique de phénomènes d'inflammation et d'irritation locales des plus douloureux.

Les glossites gommeuses peuvent se développer dans le derme lingual ou dans l'épaisseur du muscle lui-même. Elles débutent, à la face dorsale, par de petites nodosités, de volume et de siège variables, qui peu à peu se ramollissent, aboutissant à des ulcérations à bords nets, abrupts, à fond jaune, bourbillonneux. Les gommages profondes elles-mêmes s'ouvrent rarement à la face inférieure. Une fois l'ulcère constitué, il se répare très rapidement sous l'influence d'un traitement approprié. Laisse à lui-même, au contraire, il persiste longtemps sans changer de forme, ou bien, il s'agrandit et s'entoure de tissu gommeux, dur, qui s'ulcère à son tour.

Fournier passe ensuite à la description de deux formes particulières de la gomme linguale : la forme confluyente et la forme phagédénique. La première est caractérisée par le nombre considérable des gommages. Quand celles-ci sont en même temps considérables, elles déforment l'organe et lui donnent des dimensions telles qu'elle ne peut plus rester dans l'intérieur

de la bouche. La forme phagédénique est beaucoup plus rare. Fournier distingue deux sous-variétés ; la serpiginieuse, qui, progressant généralement en arrière, peut déterminer l'œdème de la glotte et la térébrante, qui peut aboutir à la destruction du quart ou de la moitié de la langue.

Presque jamais les glossites tertiaires ne s'accompagnent de ganglions.

Au point de vue du pronostic les glossites gommeuses sont moins graves que les scléreuses parce qu'elles sont plus justiciables du traitement. Une particularité commune à toutes les glossites tertiaires est leur tendance à la récurrence.

L'auteur passe ensuite au diagnostic des glossites tertiaires.

La leucoplasie buccale sera distinguée de la glossite scléreuse par son aspect blanc, brillant, argenté.

La glossite des fumeurs sera reconnue aux antécédents des malades et à la présence simultanée de plaques nacrées à la face interne des joues, au niveau des commissures. Fournier compare ces dernières à l'aspect produit par une couche de collodion sur la muqueuse buccale. Du reste, les deux affections peuvent coïncider (glossite médis-syphilo-nicotique).

L'auteur passe ensuite en revue les caractères de la glossite dentaire, de la glossite tuberculeuse, du cancer ; nous renvoyons à l'original où ces questions délicates sont traitées avec des détails que nous ne saurions résumer.

S'occupant enfin du traitement de ces manifestations tertiaires, l'auteur fait une distinction entre la gomme et la glossite scléreuse. La première est curable par l'iodure de potassium seul ; dans la sclérose, au contraire, le mercure est le médicament par excellence (pilules de Dupuytren, pilules de protoiodure, frictions mercurielles). On peut donner de fortes doses de ce médicament, si l'on envoie en même temps le malade à une station sulfureuse tel que Uriage.

La médication locale n'est pas moins importante. Elle comprend d'une part une hygiène soignée de la bouche, d'autre part des médicaments topiques parmi lesquels Fournier donne la préférence aux gargarismes émollients et aux pulvérisations émollientes ou iodo-iodurées.

L'auteur recommande enfin les cautérisations pratiquées au moyen du crayon de nitrate d'argent, en cas de fissures et de rhagades, ou à l'aide de la teinture d'iode s'il s'agit de gommages éliminés. Le phagédénisme réclame des agents plus énergiques (acide chromique, acide nitrique, chlorure de zinc, galvano-cautère).

BIBLIOGRAPHIE

Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung. (Le cancer du larynx, son diagnostic et son traitement), par le professeur B. FRAENKEL, de Berlin, 1889.

On se souvient encore du trouble jeté dans les esprits par les nombreuses péripéties qui accompagnèrent l'évolution de la maladie de l'empereur d'Allemagne et notamment par les hésitations et les incertitudes qui parurent se produire au sujet du diagnostic exact de l'affection et de la conduite à tenir vis-à-vis d'elle.

La question du cancer du larynx avait fini par hanter tous les esprits au point, qu'au moment de la mort de l'empereur, on vit, particulièrement en Allemagne, se produire une véritable panique, tout malade atteint d'enrouement voyant se dresser devant lui le spectre de la terrible maladie.

Chez les médecins eux-mêmes cette triste histoire avait produit un certain émoi, ou du moins une mauvaise impression. Notamment l'interprétation erronée de l'examen histologique d'ailleurs parfaitement correct de Virchow portait à douter de l'utile concours du microscope dans la question délicate du diagnostic des tumeurs, par l'inspection de fragments extraits pendant la vie.

Dans ces conditions, le rédacteur de la « Deutsche medicinische Wochenschrift » invita le professeur B. Fränkel à écrire pour son journal un travail basé sur son expérience personnelle et destiné à fixer les esprits sur les points les plus discutés de la question.

C'est en réponse à cette demande que le savant professeur de Berlin fit paraître, l'an dernier, dans les premiers numéros de ce journal, l'intéressant travail que nous allons résumer ici de notre mieux.

Comme l'indique son titre, cette étude se divise naturellement en deux parties : la première consacrée au diagnostic, la seconde au traitement de la maladie.

Dès le début, l'auteur s'attache fortement à un point sur lequel il reviendra avec insistance au cours de son travail : l'importance d'un diagnostic hâtif, qu'il considère comme la condition sine qua non d'une intervention efficace.

Le cancer du larynx est loin de se présenter toujours, surtout dans sa période initiale, avec une physionomie identique. Fränkel distingue plusieurs variétés, et il s'attache spécialement à décrire un premier type représenté par le cancer qui se développe sur l'une des cordes vocales, en forme de tumeur saillante. Ce serait pour lui la forme la plus fréquente.

Au début, et pendant assez longtemps, cette tumeur ne détermine pas d'autre symptôme subjectif qu'un certain degré d'enrouement. Seul, le miroir peut fournir des renseignements sur l'existence du néoplasme et sur sa malignité. Les considérations d'âge et de sexe ont aussi leur valeur, une fois que la tumeur a été vue : le cancer du larynx s'observe, en effet, avec une prédilection marquée, chez les hommes ayant dépassé la quarantaine. Plus l'âge du malade dépasse quarante ans, plus les chances sont en faveur de la malignité, et vice versa. En même temps que le cancer forme une saillie appréciable à la vue, il tend généralement à s'étendre en profondeur, à un point qui ne pourrait être soupçonné par l'examen laryngoscopique, la tumeur ne révélant à l'inspection qu'une faible partie de son développement. Rarement elle offre une coloration rouge. L'épithélium qui longtemps persiste à sa surface, lui communique habituellement une blancheur qui n'est pas la teinte nacrée de la corde normale, mais se rapproche de la couleur mate de la craie.

Cette forme de cancer appartient histologiquement à la classe des épithéliomes à globes épidermiques, tels qu'on les observe aux régions intermédiaires entre la peau et les muqueuses à épithélium pavimenteux. La présence de cette dernière variété d'épithélium sur les cordes vocales, explique suffisamment cette particularité.

Habituellement, cette forme de néoplasme présente, au niveau des cordes vocales, une physionomie objective absolument caractéristique. Elle peut cependant parfois offrir une apparence trompeuse, soit que la tumeur soit plate, à la façon d'un fibrome, soit qu'elle se montre, au contraire, pédiculée ou qu'elle se présente sous l'aspect de deux tumeurs symétriquement disposées sur les deux cordes vocales. Ici, l'auteur énumère les signes différentiels qui permettront de distinguer les papillomes des cancers pédiculés (consistance plus molle, lobules plus allongés, implantation sur une ligne correspondant au diamètre antéro-postérieur du larynx jusqu'à la commissure inclusivement). Il reconnaît toutefois que certains cas sont des plus trompeurs, d'autant plus que le papillome peut à un certain moment, émettre des prolongements épithéliaux dans la zone de tissu conjonctif sous-jacente, et dégénérer en cancer.

La valeur diagnostique de l'examen histologique de fragments ex-

traits de la tumeur pendant la vie occupe dans le mémoire de Fränkel, une place importante et est traitée avec une grande compétence. D'une façon générale, avance l'auteur, le résultat de semblables examens ne doit être considéré comme concluant que s'il est positif. Il est sans valeur, dans le cas contraire, en raison de la profondeur à laquelle siègent souvent les éléments caractéristiques et de la facilité avec laquelle ils échappent à l'instrument tranchant. Mais la réponse affirmative elle-même serait de nature à entraîner des réserves si elle n'était fournie par un histologiste d'une expérience éprouvée.

On a vu en effet des novices en technique microscopique, trompés par l'apparence de coupes pratiquées à tort parallèlement à la surface de la corde vocale, voir des prolongements épithéliaux atypiques là où l'épithélium normal se trouvait circonscrit par les éléments conjonctifs des papilles et même prendre des coupes de glandes pour des globes épidermiques.

L'auteur passe ensuite à la description d'une seconde variété : le cancer diffus.

Ici, point de tumeur limitée, mais une tuméfaction mal précise, recouverte de bosselures inégales. Histologiquement il s'agit d'un carcinome simplex contenant une très faible proportion de globes épidermiques, mais où dominent les cônes épithéliaux d'envahissement. Un des caractères objectifs les plus remarquables de cette forme de néoplasme consiste dans les variétés de coloration de sa surface et notamment dans la présence de taches d'un blanc crayeux, tranchant sur la teinte rougeâtre d'autres points et sur la rougeur souvent vive de la muqueuse avoisinante.

L'infiltration profonde de la corde vocale par cette variété de cancer donne lieu à la production d'un symptôme important signalé pour la première fois par Semon : la paresse de la corde affectée que le laryngoscope montre se mouvant comme difficilement et moins complètement que l'autre. Ce phénomène surviendrait surtout quand le néoplasme siège vers l'insertion postérieure de la corde vocale. Cette simple paresse de la corde affectée ne doit pas être confondue avec les paralysies par compression des récurrents qui peuvent aussi se montrer pendant l'évolution du cancer laryngé. Fränkel rapporte à ce propos l'histoire d'un malade affecté d'un cancer sous-glottique compliqué de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs et à l'autopsie duquel on trouva les deux récurrents comprimés par des ganglions infiltrés.

Le diagnostic du cancer diffus peut être édifié par deux méthodes : l'une lente, consistant à exclure, après une certaine phase d'observation,

les diverses affections susceptibles de donner le change, telles que la syphilis (épreuve de la médication iodurée) et la tuberculose (recherche du bacille), l'autre rapide, consistant à extraire un fragment du tissu suspect pour le soumettre au contrôle du microscope.

L'auteur s'occupe ensuite du cancer polypoïde ou diffus, siégeant en d'autres points de la cavité laryngée et il s'attache tout particulièrement à la description du cancer de la paroi postérieure et à celle du cancer ventriculaire.

Le premier donne lieu à des troubles précoces de la motilité des cordes et de la déglutition. Il importe de le diagnostiquer promptement, car ici le néoplasme ne reste pas longtemps cantonné à une moitié du larynx et le répit durant lequel l'extirpation partielle peut suffire n'est guère de longue durée.

Il est une affection avec laquelle on peut le confondre, c'est la pachydermie décrite par Virchow et caractérisée par l'hypertrophie dermo-papillaire de la muqueuse de la même région, mais la marche infiniment plus lente de cette dernière forme morbide permettra généralement de la distinguer facilement. En outre l'examen histologique de fragments extirpés rendra ici les mêmes services que dans les autres cas.

Parmi les diverses variétés de siège du cancer laryngé étudiées par Fränkel, l'une des plus intéressantes est la variété ventriculaire.

Ici, le néoplasme né dans la cavité du ventricule soulève peu à peu la fausse corde qui paraît à l'examen gonflée par une infiltration sous-muqueuse, alors qu'elle est tout simplement mécaniquement déplacée. Du coup sa motilité est diminuée ou supprimée. Quant à la vraie corde, elle est dérobée au regard par la saillie en dedans, des parties sus-jacentes.

Cette forme de cancer appartient généralement, au point de vue histologique, au type glandulaire, ce qui s'explique par la présence normale de glandes en grappe dans cette région.

Le cancer ventriculaire demande à être distingué d'avec la hernie de la muqueuse de cette cavité, repoussée vers l'intérieur du larynx par une collection liquide. Dans ce cas la tumeur reproduit la forme de la muqueuse ventriculaire et s'étend beaucoup plus en haut vers l'épiglotte qu'en cas de cancer ; en outre elle est fluctuante.

Il est parfois plus difficile de distinguer du cancer ventriculaire une simple infiltration de la fausse corde. Dans le cas d'infiltration pourtant, la bandelette se montre gonflée et non soulevée et sa surface n'offre pas les inégalités de surface et de coloration propres à la tumeur maligne.

Frankel cite enfin un remarquable fait où une gomme syphilitique de la même région fut prise pour un cancer jusqu'au jour où l'on songea à tenter l'épreuve de la médication spécifique.

D'une façon générale le diagnostic de cette variété comporte des difficultés spéciales, d'autant plus que l'extirpation de fragments destinés à l'examen microscopique est le plus souvent impraticable.

Après avoir passé en revue les diverses variétés de siège du cancer laryngé à leur période initiale, Frankel étudie l'évolution ultérieure du mal.

Le néoplasme d'abord limité à une corde tend à progresser le long de la zone d'épithélium pavimenteux, ce qui le conduit à gagner la paroi postérieure, puis la corde opposée et à former à un certain moment, au milieu de la cavité laryngée, une véritable couronne de tissu cancéreux. La gêne respiratoire mécanique et le cornage sont la conséquence obligée de cette disposition. Ultérieurement le cancer envahit les fausses cordes, les replis aryténo-épiglottiques, l'épiglotte elle-même, et affecte volontiers, au niveau de ces dernières parties la forme en chou-fleur. Quelquefois ses progrès se font par poussées plus ou moins régulières, entrecoupées de phases de répit. Pendant ce temps les ganglions lymphatiques peuvent demeurer intacts. On les trouverait même parfois tels, à l'autopsie.

A un certain moment le cancer aboutit à l'ulcération. Cela ne se produit généralement qu'au bout d'un an et ce fait marque, dans l'évolution de la maladie, la fin de la période favorable à l'intervention opératoire.

C'est à cette phase que se montrent un certain nombre de signes subjectifs : douleurs d'oreille, dysphagie douloureuse ou mécanique (particulièrement quand le cancer a envahi les replis pharyngo-épiglottiques) qui ne sont d'ailleurs aucunement propres à la symptomatologie du cancer laryngé. Frankel insiste sur la fétidité de l'haleine des malades qui serait tellement spéciale que plusieurs fois elle lui aurait permis de soupçonner la véritable nature de leur maladie, avant même qu'ils eussent ouvert la bouche.

A cette période, comme aux autres, quand l'aspect de l'ulcération ne paraît pas suffisamment caractéristique, on peut extraire des fragments des tissus suspects, en vue d'en faire l'examen, mais on aura soin de les prendre, non au niveau de l'ulcération elle-même, mais sur ses bords, ou à son voisinage. Parfois la question sera tranchée par l'inspection de fragments rejetés avec l'expectoration.

On ne se laissera pas tromper d'autre part par la formation de tissu cicatriciel qui peut fort bien accompagner le processus de l'ulcération cancéreuse.

Une troisième et dernière période commence, lorsque l'ulcération gagnant en profondeur envahit les cartilages, en commençant par leurs parties ossifiées. L'étendue des lésions, telle qu'elle se révèle au miroir, ne laisse pas soupçonner celle des dégâts qui s'accomplissent alors dans la profondeur.

Notamment le travail de périchondrite qui s'exerce parfois à la partie postérieure des aryténoïdes et du cricoïde se dérobe complètement à la laryngoscopie.

En revanche l'atteinte du cartilage thyroïde peut se révéler à l'exploration du cou de diverses façons, soit que le cartilage donne au toucher la sensation d'une lamelle distendue, parcheminée et friable, soit qu'il se laisse perforer par les fongosités cancéreuses. Des fistules peuvent même s'établir à la suite de l'ulcération de la peau.

Finalement le malade présente le tableau lamentable de la phase ultime. La mort qui vient mettre un terme à ses souffrances est causée soit par la suffocation, soit par une pneumonie septique (par pénétration d'aliments ou de fragments cancéreux dans les voies aériennes), soit par épuisement progressif, ou par une hémorrhagie.

Ici se termine la première partie du mémoire de Fränkel.

En commençant la seconde et dernière partie consacrée, ainsi que nous l'avons dit, au traitement, l'auteur rappelle avec à propos, une phrase de Virchow : « Tant que le cancer est un mal local, il doit être possible de le guérir localement » ; et il montre l'évolution accomplie dans l'esprit des médecins depuis le congrès de Londres tenu en 1881, où l'opinion régnante était, qu'en face d'un cancer du larynx, une fois la trachéotomie pratiquée, en vue de prévenir une asphyxie précoce, le plus sage était de laisser le malade mourir tranquillement.

Pour Fränkel le progrès réalisé depuis réside d'une part dans la possibilité d'un diagnostic plus précoce du mal, d'autre part dans le perfectionnement de la technique chirurgicale. Aucun organe ne se montre aussi favorable que le larynx pour un diagnostic hâtif, la néoplasie occasionnant dès sa première apparition un trouble de la phonation qui provoque l'examen laryngoscopique.

L'auteur est nettement d'avis que, pendant la première partie de son évolution, le cancer laryngé peut être opéré par les voies naturelles. Il rapporte cinq cas opérés par lui de cette façon. L'un des malades, trouvé au dernier examen dans un état satisfaisant, cessa ensuite de donner de ses nouvelles, bien qu'on lui eût recommandé expressément de se montrer à la moindre apparence de récurrence. Un second malade âgé de

68 ans était encore indemne de récidence après deux ans, deux autres l'étaient après plusieurs mois. Chez le dernier, l'extirpation par les voies naturelles se montra insuffisante et l'on dut recourir à la laryngo-fissure. Dans tous ces cas, l'examen histologique des tumeurs pratiqué par des micrographes consommés avait nettement établi leur nature cancéreuse. Ici l'auteur s'élève contre la prétendue transformation de tumeurs bénignes en tumeurs malignes, sous l'influence de manœuvres opératoires. Cette transformation est possible, mais il n'a jamais pu être établi scientifiquement que les manœuvres en question y fussent pour quelque chose. Elles n'ont pas non plus, comme le prétend Newman, d'influence sur l'infiltration ganglionnaire.

Les instruments recommandés par l'auteur pour l'extirpation par les voies naturelles sont les pinces coupantes et l'anse froide. Le galvanocautère doit être rejeté, en raison de son action trop superficielle qui n'aboutit qu'à aiguillonner le travail de prolifération cancéreuse.

Pour peu que le néoplasme paraisse avoir gagné en profondeur, l'extirpation doit céder le pas à la laryngo-fissure et à l'extirpation partielle. Les résultats déjà fournis par cette opération sont des plus encourageants : l'auteur nous rapporte la statistique de Scheier (de 1880 à 1888). Sur 23 opérés, 5 succombèrent dans les six semaines qui suivirent l'opération et 4 dans les 3 premiers mois ; une récidence se montra après 16 mois. Les 13 autres malades demeurèrent guéris. Nous avons, ajoute l'auteur, l'espoir légitime de voir avec l'avenir s'améliorer encore ces résultats, au fur et à mesure que l'on s'habitue à diagnostiquer et à opérer plus tôt, car presque tous les cas malheureux se rapportent à des sujets opérés trop tard.

Il s'élève contre la crainte d'opérer par extirpation partielle un néoplasme sur la nature duquel on ne soit pas absolument fixé, considérant qu'il y aurait peu d'inconvénients à extraire ainsi une tumeur non cancéreuse et que le mal serait de peu de conséquence en comparaison de la responsabilité terrible encourue par le laryngologiste qui laisse passer l'heure favorable pour l'opération radicale d'une tumeur maligne.

Pour avoir chance d'être efficace, cette opération ne doit pas entamer les tissus sains à moins d'un centimètre de distance des tissus malades. Avant tout, on se préoccupera d'être radical et l'on ne craindra pas de sacrifier des parties qui semblent devoir être ultérieurement précieuses pour la continuation du fonctionnement de l'organe. On est, en effet, surpris dans la suite de la façon merveilleuse dont se réparent les dégâts chirurgicaux, ainsi que des efforts faits par la nature pour adapter encore

à la phonation la faible quantité de tissus laissés à la place de la corde opérée.

Il s'en faut de beaucoup que les résultats de l'extirpation totale soient aussi satisfaisants. Dans la statistique de Scheier, nous voyons, en effet sur 68 opérés, 23 succomber dans les six semaines suivantes; sur les 45 survivants survinrent 17 récidives et 9 guérisons durables purent seules être constatées.

Aussi la responsabilité du chirurgien qui songe à pratiquer cette opération est-elle assez grave pour qu'il doive laisser au malade le soin de décider lui-même la conduite à tenir après lui avoir fait un exposé sincère des risques et périls qu'il encourt.

Fränkel pense que, dans certains cas radicalement inopérables, on pourrait par de simples opérations partielles et palliatives procurer aux malades un soulagement prolongé.

Quant à la soi-disant médication interne anti-cancéreuse, il s'élève contre elle avec un scepticisme parfaitement justifié.

Les dernières pages du travail de Fränkel sont consacrées aux moyens purement palliatifs tels que la trachéotomie (qu'il recommande de ne pas pratiquer tardivement et pour laquelle il conseille de choisir la partie inférieure du cou, afin d'éviter ou de reculer l'envahissement ultérieur de la plaie trachéale par les végétations cancéreuses), les narcotiques, les moyens désinfectants, etc.

Les lignes suivantes terminent ce remarquable mémoire, et lui servent de conclusion :

Le cancer du larynx peut, même à sa période initiale, presque sans exception, être sûrement diagnostiqué à l'aide du miroir et grâce à l'examen histologique de fragments extraits opératoirement. L'ablation du néoplasme à ses débuts, soit par les voies naturelles, soit par extirpation partielle du larynx, nous donne l'espoir bien fondé de procurer une guérison durable à la majorité des malades qui en sont atteints.

Le travail est accompagné de planches très instructives, l'une représentant un croquis macroscopique d'un cancer ventriculaire, les autres reproduisant très exactement, d'après des dessins faits à la chambre claire, des préparations histologiques d'épithéliomes à globes épidermiques, de carcinomes simples et (pour la comparaison) de papillomes.

LUC.

Leçons sur les maladies du larynx, par le Dr MOURE, recueillies et rédigées par le Dr NATIER. 1 vol. in-8°, 600 pages, et 42 figures. Paris, 1890.

Le Dr Moure vient de réunir et de publier en un beau volume les leçons qu'il a faites à Bordeaux sur les maladies du larynx. Ces leçons embrassent l'ensemble de la pathologie laryngée, et à l'exception de la diphtérie dont l'auteur n'a point parlé, toutes les questions y sont traitées.

Après quelques considérations sur l'utilité de la laryngoscopie et un exposé un peu bref des méthodes techniques d'examen, l'auteur entre de plain-pied dans la pathologie par l'étude des troubles circulatoires, anémie, hyperhémies, hémorrhagies spontanées, et celle des laryngites catarrhales aiguës. Il consacre à la laryngite striduleuse, une leçon spéciale, avant de passer à la description des laryngites sous-muqueuses. Nous signalerons, dans ces premières leçons, d'intéressantes considérations sur les congestions et les hémorrhagies laryngées; mais, si nous sommes d'accord avec l'auteur lorsqu'il s'élève contre l'abus qu'on fait du terme « laryngite hémorrhagique », nous n'allons pas avec lui jusqu'à nier résolument l'existence d'une forme hémorrhagique de laryngite aiguë, dont la réalité semble aujourd'hui établie par des observations inattaquables. Nous ferons également des réserves sur la façon dont M. Moure comprend la laryngite striduleuse, qu'il considère comme un simple coryza donnant lieu à des spasmes glottiques réflexes, admettant tout au plus, pour justifier la description de cette affection sous le titre de laryngite, qu'une laryngite catarrhale simple puisse s'accompagner exceptionnellement de spasme de la glotte chez l'enfant. Nous avons entendu Joal soutenir cette opinion il y a plusieurs années déjà, nous l'avons retrouvée plus tard dans une note, d'ailleurs assez diffuse malgré sa brièveté, publiée par Coupard dans un journal peu connu, enfin nous avons rapporté nous-même un fait qui en démontre la légitimité relative; et nous sommes en effet convaincu que dans bien des cas qu'on dénomme « laryngites striduleuses » ce nom n'est guère justifié, parce que la laryngite concomitante manque ou n'est qu'un épiphénomène, et qu'il s'agit alors, en réalité, soit de spasmes par compression ou mieux par irritation des nerfs qui se rendent au larynx, due à des poussées subaiguës et passagères d'adénopathie trachéo-bronchique, soit de spasmes réflexes d'origine nasale, liés à un catarrhe généralisé du nez et des premières voies aériennes ou à une inflammation subaiguë de l'amygdale pharyngée. Mais nous pensons cependant qu'on ne saurait faire aussi bon

marché des observations des auteurs qui ont établi l'existence d'une forme spéciale de laryngite aiguë, exceptionnelle et grave chez l'adulte, moins rare et beaucoup moins grave chez l'enfant, la laryngite aiguë sous-glottique, dont les symptômes sont ceux de la laryngite striduleuse intense ; et nous eussions aimé à trouver cette importante question discutée dans la leçon de M. Moure.

Nous devons également reprocher à l'auteur de n'avoir pas apporté dans l'étude des laryngites sous-glottiques l'ordre et la clarté nécessaires. Certains faits d'œdème du larynx auraient dû être décrits à propos des troubles circulatoires ; et les œdèmes secondaires dus aux inflammations du plancher de la bouche, des amygdales, des régions profondes du cou, ne nous semblent pas à leur place dans la leçon consacrée à la laryngite œdémateuse aiguë. Enfin, en consacrant une leçon spéciale aux abcès du larynx, sans étudier séparément la laryngite phlegmoneuse et la péri-chondrite aiguë, l'auteur a dû confondre dans cette leçon l'histoire des suppurations dépendant de ces deux affections, ainsi que celles qui résultent d'infections secondaires dans le cours ou à la suite des maladies infectieuses, de périchondrites secondaires spécifiques ou non, etc. Malgré les longueurs et les répétitions, il n'a pu, en parlant aussi de choses toutes différentes les unes des autres, éviter d'être à la fois obscur et confus. Cette leçon sur les abcès du larynx est la partie faible du livre.

La description des laryngites chroniques fait suite à celle des inflammations aiguës ; c'est avec raison, selon nous, que M. Moure s'est refusé à séparer la « laryngite granuleuse » du catarrhe chronique du larynx ; et nous ne saurions trop l'approuver de n'avoir pas omis, en parlant de l'étiologie de l'affection, l'influence des lésions nasales ; nous regrettons même qu'il n'en ait pas parlé plus longuement et plus explicitement. L'auteur n'a pas omis non plus de parler des ulcérations catarrhales, mais il l'a fait trop brièvement à notre sens. De même il eût pu étudier plus longuement les hypertrophies de la muqueuse laryngée, et parler, au moins incidemment, des laryngites hyperplastiques, de la laryngite sous-glottique chronique, etc.

M. Moure a traité avec beaucoup de soin et de conviction la question de la pharyngo-laryngite sèche dont il s'est occupé un des premiers il y a déjà plusieurs années. Pour lui la pharyngite sèche (si l'on n'applique pas ce nom à l'état de sécheresse du pharynx signalé par Joal chez les diabétiques et les albuminuriques), est toujours, de même que la laryngite sèche, associée à la rhinite atrophique. Dès lors, il n'y aurait pas lieu, pour Moure, de séparer la laryngite sèche de l'ozène laryngo-trachéal : il con-

damne la tentative des auteurs qui l'ont décrit, et qu'il appelle assez durement « les inventeurs » de cette affection. Nous ne pensons pas que la question soit aussi simple à résoudre que le croit notre confrère. Notre expérience personnelle contredit son opinion ; il n'est pas douteux pour nous qu'indépendamment de la pharyngite sèche liée à l'ozène simple, avec ou sans ozène laryngien ou laryngo-trachéal, et qu'on peut retrouver dans les rhinites atrophiques les plus fétides ou les moins odorantes, il existe une forme de catarrhe sec de l'amygdale pharyngée, bien étudiée par Townwaldt, véritable pharyngite sèche, accompagnée parfois de laryngite sèche, toute différente de la première et coexistant même fréquemment avec une tuméfaction plus ou moins marquée de la pituitaire.

Vient ensuite la tuberculose du larynx, et plus tard le lupus. Il était difficile, en soixante pages, de faire une étude complète de la phtisie laryngée ; aussi M. Moure a-t-il dû passer un peu rapidement sur certaines parties de la question ; mais il s'est tout particulièrement préoccupé du traitement qu'il a exposé avec un grand luxe de détails et de recommandations pratiques très judicieuses. On retrouvera dans ces pages les réserves que M. Moure a déjà formulées sur la valeur curative de l'acide lactique et les résultats du curettage des ulcérations tuberculeuses. Pour nous, sans aller peut-être aussi loin dans cette voie que notre confrère, nous le croyons cependant plus près de la vérité que ceux, assez nombreux aujourd'hui, qui sont au contraire portés à intervenir chirurgicalement dans presque tous les cas, lorsque les lésions pulmonaires ne sont pas trop avancées et que l'état général est relativement satisfaisant. Notre expérience de chaque jour nous a convaincu que la question des indications du traitement chirurgical était autrement complexe ; qu'il fallait, *avant tout*, tenir compte de l'état du larynx, et que, s'il y a toujours avantage à dégager la glotte obstruée dans les formes végétantes et pseudo-polypeuses, si l'on obtient souvent des résultats excellents dans les formes où les lésions, infiltration ou ulcérations, sont circonscrites, limitées aux parties voisines de la glotte, il est loin d'en être de même, lorsque les lésions spécifiques sont mal limitées et se confondent avec des lésions secondaires purement inflammatoires, lorsqu'il existe des déterminations articulaires, et enfin dans les cas d'infiltrations tuberculeuses diffuses du larynx. Nous croyons avec M. Moure, qu'alors les pansements antiseptiques, auxquels on adjoint s'il y a lieu les applications calmantes, sont les seuls moyens locaux utiles aux malades, dans la très grande majorité des cas.

Signalons, après l'étude de la tuberculose, celle de la syphilis laryn-

gée, où l'on trouvera des considérations cliniques et thérapeutiques très intéressantes, et arrivons aux leçons qui traitent des affections laryngées neuro-musculaires. Après avoir décrit les troubles de la sensibilité : anesthésie, hyperesthésie, névralgies, paresthésie, l'auteur passe aux paralysies, qu'il divise en paralysies de cause centrale, paralysies dues à des lésions du nerf pneumogastrique, paralysies dues à des altérations du nerf laryngé supérieur, enfin paralysies des récurrents. Il étudie ensuite les paralysies isolées des muscles du larynx : crico-aryténoïdien latéral, thyro-aryténoïdien, ary-aryténoïdien. Entre temps, il nous donne une intéressante description d'une laryngopathie à peine connue, la rupture du muscle aryténoïdien interne par effort, basée sur deux faits personnels. Il aborde ensuite les spasmes : aphonie spasmodique, spasmes glottiques par accès dus, soit à l'irritation directe du larynx, soit à des lésions centrales, soit à des lésions des nerfs périphériques, soit enfin de nature réflexe. L'étude du vertige laryngé et celle de la toux nerveuse et de la chorée laryngée complètent cette série de leçons qui comptent parmi les meilleures du livre. La place nous manque, malheureusement, pour les passer en revue, ce qui nous fournirait l'occasion d'indiquer quelques points où nous nous séparons de l'auteur; et surtout de signaler un grand nombre de faits intéressants et de vues originales. Notons en passant la position prise par l'auteur dans la question difficile et si controversée aujourd'hui des contractures permanentes et des paralysies laryngées. Il s'est, à cette occasion, rangé à l'opinion de Krause, comme l'a fait récemment Massei; et, à l'exemple de ce dernier auteur, il croit que les névrites du récurrent jouent un rôle important dans la genèse des affections laryngées neuro-musculaires. Ce sont là des questions d'une importance trop considérable pour que nous puissions songer, dans un compte rendu analytique, à l'aborder et même à l'effleurer. Nous nous abstiendrons par conséquent de discuter les arguments invoqués par l'auteur à l'appui des idées qu'il soutient, et nous nous bornerons à dire que pour notre part nous ne pouvons toutes les accepter sans réserves.

Si les leçons de M. Moure sur la pathologie nerveuse du larynx constituent une bonne étude d'ensemble, meilleures encore à notre avis sont les suivantes, consacrées aux tumeurs du larynx. L'auteur s'est attaché à traiter cette importante question avec le soin et les développements qu'elle mérite. Nous voudrions pouvoir rendre compte en détail de cette partie de l'ouvrage, travail remarquable et de haut intérêt. Après les tumeurs, M. Moure expose l'histoire des plaies, des fractu-

res, des corps étrangers, celle des complications des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde, et termine le volume par une intéressante leçon sur les déterminations et complications laryngées de la grippe.

Cette analyse, que nous eussions voulu pouvoir développer davantage, suffit du moins à montrer ce qu'est l'ouvrage du Dr Moure : un véritable traité des maladies du larynx, le premier qui ait été publié en France depuis celui de Mandl, paru en 1872, aujourd'hui vieilli et insuffisant malgré son incontestable valeur. C'est donc une lacune de notre littérature médicale que M. Moure s'est chargé de combler ; son livre vient à point, et, sans être prophète, nous pouvons lui prédire un succès légitime. Disons en passant que ce succès s'affirmera encore davantage si, dans sa prochaine édition, notre collègue prend soin de faire disparaître les incorrections diverses, nombreuses dans certaines parties du livre, qu'on a le regret de trouver dans celle-ci. On ne peut, en effet, se dispenser de reprocher à l'auteur de ne pas s'être astreint à soumettre la rédaction des leçons qu'il n'a pas écrites lui-même à une revision personnelle plus attentive et plus sévère et de ne pas y avoir rectifié une foule d'erreurs de toutes sortes, qui rendent parfois le texte incompréhensible. Mais on a la satisfaction de constater que les desiderata de la forme n'ont pu amoindrir le mérite indiscutable de l'œuvre elle-même. On y retrouve toujours les qualités dont notre sympathique et distingué confrère de Bordeaux a fait preuve dans ses nombreux travaux antérieurs : une grande expérience clinique servie par une érudition étendue, un sens critique très sûr, une constante préoccupation de l'intérêt des malades, et enfin une entière indépendance qui le rend médiocrement soucieux de la critique et fait qu'il n'hésite jamais à condamner une opinion généralement admise, lorsqu'il la considère comme erronée ou dangereuse. Nous avons dû, dans notre compte rendu, signaler au lecteur les divergences de vues qui nous séparent de l'auteur dans l'appréciation d'un certain nombre de questions théoriques ; mais en ce qui concerne la pratique laryngologique, et en particulier la thérapeutique spéciale, notre expérience est, à peu de chose près, d'accord avec celle de M. Moure. Aussi pouvons-nous recommander avec confiance aux praticiens la lecture de son livre ; notre conviction profonde est qu'ils trouveront en lui un guide clinique vraiment pratique, prudent et sûr, qu'ils suivront toujours avec profit, sans risquer de se heurter jamais à des désillusions décourageantes.

A. RUAULT.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

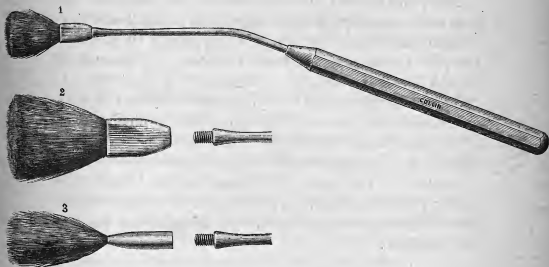
PINCEAU NASAL

Par le Dr **Albert Ruault.**

J'ai fait construire par M. Collin un modèle de pinceau dont je me sers avec grand avantage et presque exclusivement depuis trois ans, pour appliquer des solutions de cocaïne dans les fosses nasales. Cet instrument, dont la figure ci-jointe représente l'ensemble en demi-grandeur, et le pinceau proprement dit de grandeur naturelle (lorsqu'il est sec) en longueur et en épaisseur, est formé de deux parties indépendantes; le pinceau proprement dit à monture métallique plate étant relié à la tige également métallique par un pas de vis. Toutes les parties métalliques sont parfaitement mousses et polies, et malgré sa forme aplatie comme la monture où elle est fixée par pression, la mèche de poils doux a un volume suffisant pour être imbibée, si l'on veut, d'une quantité de liquide assez notable.

Le grand avantage de ce pinceau plat est de pouvoir être aisément introduit dans des fosses nasales étroites entre le cornet inférieur et la cloison, de pénétrer dans le méat moyen dans beaucoup de cas, d'arriver à une profondeur variable dans la fente olfactive, entre le cornet moyen et la cloison, ou au-dessus du cornet moyen; et enfin de glisser facilement au-dessous du bord inférieur du cornet inférieur, sur le plancher, lorsqu'on le place horizontalement au lieu de l'introduire de champ. La longueur de la tige permet d'arriver sur la face supérieure du voile et jusqu'à la paroi postérieure du pharynx nasal.

En plaçant convenablement le pinceau, suivant un plan que la vis permet de varier à volonté, on peut presque toujours franchir les rétrécissements, même marqués, dus à des malformations de la cloison, passer le long des polypes, etc. Si l'on prend soin de procéder avec précaution, d'agir d'abord sur les parties rétractiles les plus antérieures, de ne pénétrer plus profondément qu'après avoir obtenu la rétraction et l'insensibilité, et toujours en cherchant sa voie sans em-



ployer de force; on arrive dans la grande majorité des cas à cocaïniser à peu près toute la région respiratoire et une partie de la région olfactive sans causer de douleur au malade, sans faire saigner la muqueuse, et en perdant très peu de la solution médicamenteuse, à l'encontre de ce qui arrive lorsqu'on se sert de l'ouate et du stylet.

Chaque malade peut avoir son pinceau, tous se montant sur la même tige. Lorsqu'un pinceau n'a été employé qu'un petit nombre de fois par un malade, on peut (s'il ne s'agissait pas d'une affection spécifique quelconque, ou d'ozène, de sup-

puration, etc.), après l'avoir bien savonné, rincé, laissé séjourner 16 à 24 heures dans une solution phéniquée à 5 pour 100 et de nouveau largement rincé sous un jet d'eau bien propre, le réserver pour un autre malade. Les pinceaux qui ont leur propriétaire doivent de même, chaque fois qu'ils ont servi, être rincés, savonnés, rincés encore et passés dans une solution phéniquée à 5 0/0, puis dans l'eau pure, et séchés à l'aide d'un linge sur lequel on les presse entre les doigts, avant d'être replacés dans leur petite boîte étiquetée.

Lorsqu'un pinceau doit être sacrifié, soit parce qu'il est usé, soit à cause de l'affection du malade auquel il a servi, sa monture métallique n'est pas pour cela perdue. On en enlève les poils facilement de la façon suivante : le pinceau étant vissé à fond à son manche, on le mouille et on l'essuie de façon à avoir un faisceau de poils plat et homogène ; on saisit ce faisceau entre les mors d'une pince plate ordinaire tenue d'une main, tandis que l'autre maintient le manche, et il suffit alors d'un effort de traction modéré pour détacher toute la mèche d'un seul coup. On dévisse ensuite la gaine en métal ; puis on la désinfecte avec soin et on la flambe à plusieurs reprises, avant de la renvoyer au fabricant pour la faire regarnir.

Le gérant : G. STEINHEIL.

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

LE CONGRÈS DE BERLIN

Le 10^e congrès qui vient de se clore à Berlin, favorisé par l'affluence d'un nombre considérable de médecins de tous pays, a été une véritable fête scientifique internationale dont le succès ne saurait être contesté par tous ceux qui en ont été témoins.

L'accueil fait en cette circonstance aux médecins étrangers par nos confrères allemands a été des plus cordiaux et nous aimons à reconnaître que ceux d'entre eux qui représentaient la France n'ont pas été les moins fêtés.

Les séances de la section de laryngologie, la seule dont nous ayons pu suivre assidûment les travaux, ont été des plus actives : on en jugera par ce fait que plus de 50 communications figuraient à l'ordre du jour.

Citons parmi les plus remarquées, celle de MM. Semon et Horseley sur l'innervation motrice du larynx, celle du professeur Schrötter sur la syphilis des voies aériennes, celle du Dr Heryng sur le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, celle du professeur Massei sur les angines infectieuses, enfin celle de notre excellent collègue Moure sur le traitement des éperons de la cloison par l'électrolyse, etc., etc.

Une des séances les plus intéressantes pour tous et par-

ticulièrement agréable pour un spectateur français a été fournie par la question de l'intubation du larynx.

Avec une loyauté que nous ne saurions trop admirer, le D^r O'Dwier a proclamé lui-même la priorité du D^r Bouchut, présent à la séance.

Notre compatriote a été dans cette circonstance l'objet d'une ovation générale bien faite pour lui faire oublier ses déboires passés.

Nous publions, en tête de notre numéro d'aujourd'hui, l'allocution par laquelle le professeur B. Fränkel a ouvert la première séance de notre section et dont il a bien voulu nous confier la traduction.

Nous comptons reproduire in extenso, dans ce numéro et dans les suivants, quelques-unes des communications les plus importantes. L'ensemble des travaux de la section sera analysé ici, dès que le compte rendu complet en aura été publié en Allemagne (1).

Luc.

CONGRÈS DE BERLIN

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Discours d'ouverture du professeur B. FRÄNKEL.

LA LARYNGOLOGIE DEPUIS LE DERNIER CONGRÈS DE 1887

Messieurs,

Dans ce dixième congrès international, c'est la sixième fois que la laryngologie est représentée par une section spéciale. Au congrès de Londres, en 1881, elle formait une sous-section de la pathologie interne. Ce n'est qu'en 1884 à Copenhague et à Washington, il y a trois ans, qu'elle fut

(1) Le prochain congrès aura lieu à Rome. Il est probable que la présidence de la *Section de Laryngologie* sera confiée au professeur Massei de Naples. C'est au moins le vœu émis par le professeur Fränkel.

classée dans une section particulière. En raison de l'intérêt qui s'attache à toute nouveauté, j'ai cru de mon devoir de vous exposer comment notre section, si nouvellement pourvue de son droit de cité dans les congrès internationaux, s'est développée dans le cours de ces trois dernières années.

D'une façon générale nous pouvons dire que, pour la laryngologie, une récolte de travaux sans relâche a commencé à se produire ; du moins, nous voyons que, dans toutes les grandes réunions médicales, notre spécialité est reconnue comme une branche indépendante. C'est ainsi que, suivant en cela l'exemple de l'Allemagne et de l'Amérique, l'association médicale britannique, ainsi que le congrès des médecins russes et la société des naturalistes italiens ont, dans ces derniers temps, accordé à nos études spéciales des sections à part. D'autre part, nous avons vu naître, dans la plupart des pays, des associations qui se consacrent exclusivement à la laryngologie et qui présentent une vitalité florissante, partout où elles ont été fondées dans un but scientifique et non pour la satisfaction d'un vœu personnel.

Il est tout particulièrement important de constater que l'enseignement de la laryngologie tend de plus en plus à devenir officiel.

Peu de temps avant le dernier congrès international, a été fondée à Berlin, pour la première fois en Prusse, une clinique royale universitaire pour les affections de la gorge et du nez.

Depuis lors, des institutions semblables ont été établies à l'hôpital des Sourds-Muets de Paris, à l'infirmerie occidentale de Glasgow, dans les universités de Naples, de Cracovie et de Gand. J'ai l'honneur de vous soumettre ici des reproductions photographiques de la salle des conférences laryngologiques de l'hôpital Lariboisière de Paris que le D^r Gouguenheim vient de m'offrir. La plus belle institution dans ce genre, autant que je puis m'en rendre compte par un coup d'œil rapide, me paraît être celle du professeur Lefferts, au collège des médecins et chirurgiens de New-York. Vous pouvez en juger par les photographies que je fais circuler parmi vous.

Nous sommes autorisés à espérer que, partout où l'enseignement médical est officiellement pratiqué, même avec un moindre luxe, la rhinologie ne tardera pas à être traitée en section à part, là où elle ne l'a pas encore été, car notre spécialité représente une branche indispensable dans l'enseignement régulier de la médecine.

Désormais l'avènement d'une nouvelle génération de spécialistes est suffisamment assuré parmi nous. Les plus anciens d'entre nous ont été plus ou moins leurs propres maîtres.

Il est maintenant facile, dans les écoles de tous pays, de s'élever rapidement à la hauteur de la science. Aussi notons-nous que, d'une part, le nombre des spécialistes croît rapidement et que, d'autre part, ce qui était non moins à souhaiter, les connaissances et les ressources d'ordre rhinolaryngologique se répandent de plus en plus parmi les médecins adonnés à la pratique générale de leur art.

Ne perdons pas non plus de vue que la mort creuse dans les rangs des vieux maîtres de notre spécialité une brèche de plus en plus large. Dans le cours de ces trois dernières années, nous avons eu à déplorer des pertes moins douloureuses par le nombre que par la valeur des victimes. Rafael Ariza, H. Rühle et le véritable père de notre spécialité, Rodolphe Voltolini, nous ont été ainsi ravis. Honneur à leur mémoire! Tant qu'il existera des laryngologistes, leur nom ne périra pas!

Un événement d'une importance historique a, pendant ce dernier espace de trois ans, attiré les regards du monde sur notre spécialité. Je veux parler de la *maladie de l'empereur Frédéric*. Jamais, depuis son existence, la laryngologie ne s'était vu incomber une si lourde tâche. Si elle n'est pas sortie de cette épreuve brûlante avec un accroissement de son éclat, la faute n'en est certes pas à notre spécialité elle-même, ni à son savoir ni à son pouvoir : elle retombe exclusivement sur la personnalité qui, dans cette douloureuse circonstance, a endossé à elle seule toute la responsabilité.

Je me contente de cette courte allusion relativement à l'épisode le plus important qui ait intéressé notre spécialité depuis le dernier congrès.

J'étais d'autant plus autorisé à rappeler l'événement en question qu'il a exercé une grande influence sur la production scientifique. Si en effet nous portons notre attention sur les publications parues dans le domaine de notre spécialité, nous trouvons un total de 4264 travaux, d'après le relevé du *Centralblatt international* pour les années 1887, 1888 et le premier semestre de 1889. Nous pouvons donc évaluer approximativement à 5000 le chiffre des publications concernant nos études spéciales qui ont paru depuis le dernier congrès. C'est peut-être en réponse à cette [énorme production que, depuis 1887, l'ensemble de nos journaux spéciaux s'est enrichi de trois nouvelles revues: les *Archives de laryngologie* de Ruault et Luc, le *Journal américain des organes respiratoires* et le *Zeitschrift de Worton pour les yeux, les oreilles et le larynx*.

Si maintenant nous envisageons la substance de ces travaux, nous notons, comme conséquence de la maladie de l'empereur Frédéric, une riche et importante littérature relative au cancer du larynx. D'une part on donne une base solide au diagnostic de cette terrible affection et l'on discute la possibilité de sa guérison et les méthodes opératoires susceptibles de la réaliser

Comme conséquence naturelle de ce qui précède, la pachydermie du larynx est à son tour l'objet d'une attention spéciale. Une autre conséquence, bien qu'indirecte, du même événement a été l'investigation collective provoquée par le rédacteur en chef de l'*international Centralblatt*, relativement à la question de la transformation des néoplasies bénignes en néoplasies malignes, notamment sous l'influence de manœuvres opératoires, investigation qui a abouti à une solution péremptoire.

Dans le domaine de la pathologie laryngée figurent aussi au premier plan, dans l'ensemble des publications, les

névroses et la question de l'intubation, surtout au point de vue des limites qui doivent lui être données, comparativement à la trachéotomie et aux manœuvres de dilatation, au moyen de bougies (Bougierung).

Dans le pharynx, une place prédominante est occupée par les affections inflammatoires. La pharyngite infectieuse, par les dangers qu'elle comporte, attire tout particulièrement l'attention. Notons aussi le jour nouveau jeté sur les affections des diverses tonsilles et les progrès essentiels apportés dans les procédés d'extraction de la tonsille pharyngée hypertrophiée.

Envisageons enfin la pathologie nasale.

Il est un fait digne de remarque, c'est que l'étude des réflexes nasaux paraît occuper moins, depuis quelque temps, l'attention des spécialistes. Je pense que la chose n'est pas regrettable, car il est à désirer que la marche de notre spécialité procède avec calme et sécurité et évite toute impétuosité dangereuse.

Ici, il est tout à fait indispensable de ne se laisser conduire à des interventions opératoires intra-nasales que par des indications aussi rigoureuses que possible, afin d'éviter par exemple d'aller chercher au fond des fosses nasales le remède à des accès de céphalalgie d'origine brightique ou à une dyspnée d'origine cardiaque ; ceci, non seulement pour le bien des malades, mais encore en vue d'assurer à notre spécialité et à ses moyens d'action la confiance du grand public médical.

Si les réflexes nasaux ont cessé d'occuper à un aussi haut degré l'attention générale, l'activité de la littérature dans le domaine de la pathologie nasale ne s'est pas ralentie pour cela. La partie de la scène laissée libre par les névroses réflexes a été bientôt occupée par la question des saillies et des incurvations de la cloison et par la pathologie des cavités accessoires des fosses nasales. Pour ce qui est de ces dernières affections, le diagnostic a fait, depuis ces trois dernières années, des progrès considérables. L'éclairage par

transparence qui, à ses débuts, avait tout l'air d'une amulette nous a permis, grâce à l'utilisation de la lumière électrique, de réaliser de beaux résultats.

Messieurs,

Ma tâche se bornait à vous signaler le plus brièvement possible les points essentiels des progrès accomplis dans notre spécialité, depuis le dernier congrès. Bien mieux que mes paroles, la richesse de notre ordre du jour vous aura permis de vous rendre compte de l'importance et de l'étendue de ces progrès.

Les communications annoncées y figurent en si grand nombre que presque tout le domaine de vos études spéciales devra être parcouru dans le court espace de temps accordé à notre section. Mettons-nous donc à l'œuvre.

Messieurs, je déclare ouverte la première séance de la 12^e section du 10^e congrès international, ou section de laryngologie et de rhinologie.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TUMEURS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL AUX DIFFÉRENTS AGES

Par les D^{rs} **Luc** et **Dubief**.

Communication faite au congrès de Berlin, août 1890.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la question des végétations adénoïdes du pharynx nasal sont unanimes à reconnaître qu'elles constituent essentiellement une affection de l'enfance et que c'est entre la 4^e et la 6^e année qu'elles semblent présenter leur maximum de fréquence. C'est là un point précis et que personne n'a jamais songé à mettre en

doute ; mais où la précision diminue, c'est quand il s'agit de déterminer l'époque d'apparition de ces néoplasmes et surtout leur évolution ultérieure.

Pour ce qui est du premier de ces points, nous regrettons de n'avoir aucun appoint nouveau à fournir à l'état actuel de nos connaissances. Le plus jeune des malades que nous ayons eu l'occasion d'opérer avait deux ans. D'autres auteurs ont observé la maladie à un âge moins avancé encore.

On a cité par exemple des nourrissons qui, du fait de la présence de végétations dans l'arrière-gorge, éprouvaient de grandes difficultés à s'alimenter. Reconnaissons qu'au-dessous d'un an, l'exploration du pharynx nasal, même avec le doigt, présente de grandes difficultés et que ce ne sera généralement qu'à un âge plus avancé que l'on pourra déterminer nettement si un défaut de perméabilité nasale est la conséquence de la présence de végétations dans la cavité naso-pharyngienne. Il nous semble donc que tout ce qu'il est permis de dire, sans trop s'avancer, c'est que les végétations adénoïdes se montrent généralement dès les premières années de la vie.

Vouloir préciser davantage nous paraîtrait tout à fait aventureux.

Mais l'objet du présent travail est différent. Il tend surtout à déterminer l'évolution de ces mêmes néoplasmes au delà de l'enfance. Si, sur ce point particulier, nous consultons les traités classiques ou les publications spéciales relatives à la question, nous n'y trouvons que des allégations vagues. La plupart constatant la rareté relative des végétations adénoïdes chez l'adulte, comparativement à sa fréquence chez l'enfant, supposent qu'elles tendent naturellement à s'atrophier vers la 20^e année. Chatellier dit, par exemple, à la page 60 de sa thèse, excellente d'ailleurs, publiée sur la question en 1886 :

« C'est de quatre à six ans que le tissu adénoïde du pharynx nasal atteint tout son développement et qu'il donne aussi naissance au plus grand nombre d'accidents et en

« particulier aux troubles de l'audition. Cet état se prolonge pendant plusieurs années, jusque vers la dixième ou même la quinzième ; mais, à partir de ce moment, le tissu adénoïde entre dans une phase régressive ; son activité s'atténue et son volume décroît. On voit alors les phénomènes inflammatoires et les sécrétions muco-purulentes diminuer, la surface tomenteuse de la cavité rétro-nasale se régulariser ; souvent, à ce moment, on voit se former de petites tumeurs lisses et pédiculées, aux dépens de certaines parties du tissu qui s'atrophient moins rapidement. Nous avons observé bon nombre de ces tumeurs chez les jeunes femmes de Lourcine. Elles en ignoraient complètement l'existence et n'accusaient aucun accident ; mais les commémoratifs et les lésions persistantes de l'ouïe et des os de la face (voûte palatine, etc.) ne nous laissaient aucun doute sur l'existence antérieure de masses adénoïdes beaucoup plus considérables, masses dont nous ne trouvions plus que les débris.

« Les tumeurs formées par le tissu adénoïde ont donc une existence limitée et tendent d'elles-mêmes, et par suite de leur évolution normale, à s'atrophier et à disparaître. »

Ce passage du travail de notre collègue que nous avons tenu à citer en entier est assurément empreint d'une parfaite logique ; mais, en clinique les raisonnements ne valent pas les faits. Or l'interprétation que donne Chatellier des masses d'*aspect atrophique* observées par lui sur la voûte pharyngienne de jeunes femmes, prêterait moins à la critique, si ces mêmes jeunes femmes avaient été antérieurement observées, pendant leur enfance et qu'on eût, à cette époque, bien réellement reconnu chez elles la présence de grosses masses adénoïdes. Nous nous déclarons cependant disposés à admettre la possibilité du fait avancé par Chatellier. L'un de nous (1) donnait même, l'an dernier, à la Société de médecine de

(1) LUC. Soc. de méd. de Paris, 1889.

Paris, communication d'un fait concernant un homme âgé de moins de 30 ans, porteur de lésions anciennes des caisses tympaniques et de masses d'aspect atrophique à la voûte pharyngée et pour lequel le diagnostic rétrospectif de végétations adénoïdes s'appuyait sur une photographie du malade datant de son enfance et paraissant reproduire le facies si caractéristique de l'affection. A notre sens, le principal tort de notre collègue consiste à trop généraliser et à présenter comme une loi ce qui ne correspond peut-être même pas à la majorité des faits. Un seul fait est indiscutable : rareté chez l'adulte, comparativement à l'enfant, des symptômes produits par la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal ; mais l'interprétation absolue qu'en donne Chatellier n'est pas la seule plausible ; et nous avons éprouver quelque tendance à nous rallier à une explication différente proposée par Moldenhaner (1) :

« La moindre fréquence de ces végétations chez les adultes, dit cet auteur, s'explique d'une part, par l'hypothèse, qu'après la puberté, la tonsille pharyngée perd de sa tendance à l'hyperplasie, et par la supposition que plus tard l'organe hypertrophié puisse entrer en régression, en sorte que si l'affection est rencontrée chez l'adulte on en fait généralement remonter l'origine à une date antérieure à la puberté. Or, cette possibilité d'une régression spontanée, je ne veux pas la contester et pourtant je ne puis me défendre d'une certaine méfiance à l'égard de sa fréquence... A mon sens, consécutivement au développement des organes qui accompagne la puberté, les symptômes sténosiques se trouvent relégués à l'arrière plan et donnent ainsi l'illusion d'une guérison spontanée. »

Nous croyons d'ailleurs devoir faire remarquer que, au fur et à mesure que l'on apprend à mieux diagnostiquer les végétations adénoïdes, elles cessent d'apparaître aussi rares chez les adultes qu'on l'admettait volontiers, il y a quelques an-

(1) Die krankheiten der Nasenhöhlen, etc., p. 158 et 159.

nées. Cette année même, le Dr Raullin de Marseille rapportait à la Société de laryngologie de Paris un certain nombre de faits tirés de sa pratique personnelle et concernant des personnes de quarante, cinquante, soixante et même soixante dix ans présentant encore les signes objectifs de cette affection, tandis que les symptômes fonctionnels en étaient devenus à peu près nuls.

Cette dernière proposition peut être exacte quand on l'applique aux sujets d'un âge avancé, mais notre propre observation nous porte à nous élever contre l'opinion d'après laquelle, à partir de la quinzième et de la vingtième année, les végétations adénoïdes tendraient à se comporter comme des néoplasmes en voie de régression, ayant produit antérieurement le maximum de troubles fonctionnels susceptibles de se développer sous leur influence, en sorte que ceux-ci ne pourraient que s'atténuer avec le temps, à l'exception de ceux toutefois qui résultent de lésions indélébiles (déformations du squelette, reliquats d'otites moyennes suppurées prolongées, etc...).

Que l'on en juge d'après le fait suivant que nous avons eu l'occasion d'observer, cette année même.

M. L..., musicien, âgé de 28 ans, se présente à notre consultation, au mois de janvier, pour nous demander notre avis relativement à une surdité double survenue depuis quelques jours et qui l'inquiète beaucoup. Dès le premier abord nous sommes frappé du facies du malade dont la bouche constamment ouverte, l'immobilité des traits, la voix nasonnée et la déformation ogivale du palais éveillent dans l'esprit l'idée de la possibilité de l'existence de végétations dans le pharynx nasal. La rhinoscopie postérieure nous montre en effet cette cavité littéralement remplie de tumeurs végétantes, offrant tous les caractères extérieurs des végétations adénoïdes de l'enfance.

M. L... nous dit que, depuis sa plus tendre enfance, il ne se souvient pas d'avoir jamais bien respiré par le nez, mais que, jusqu'à ces derniers jours, son ouïe est restée très fine.

L'examen des oreilles nous y révèle tous les signes d'une obstruction catarrhale des trompes. Nous constatons d'autre part une diminution considérable de l'ouïe.

Le malade ayant consenti à l'opération que nous lui propositions, nous le débarrassons, en plusieurs séances, au moyen des pinces de Löwenberg et du couteau de Gottstein, d'une masse énorme de végétations adénoïdes, offrant l'aspect et la mollesse de celles de l'enfance et équivalant au volume d'une grosse prune. A la suite de cette opération, la respiration nasale est rétablie et à la suite de quelques douches d'air les oreilles sont ramenées objectivement et fonctionnellement à un état *complètement* normal.

Voilà donc un sujet âgé de 28 ans, chez lequel des végétations adénoïdes datant de l'enfance étaient si peu en régression qu'elles remplissaient la plus grande partie du pharynx nasal et provoquaient des troubles auditifs inconnus jusqu'alors.

Ayant eu l'occasion d'observer d'autres adultes d'âges différents atteints de la même affection, nous avons songé à soumettre leurs tumeurs à l'examen histologique et à demander au microscope les renseignements qu'il pouvait nous fournir sur la prétendue régression des végétations chez l'adulte. Cet examen a été fait chez quatre sujets : 1° une fillette de 4 ans 1/2 dont les tumeurs représentaient le type idéal des végétations adénoïdes de l'enfance et devaient nous servir d'élément comparatif; 2° et 3° deux adultes de 25 ans; 4° un homme de 54 ans. Ce dernier offrait encore, malgré son âge relativement avancé, la physionomie propre à la maladie. Depuis son enfance, il respirait mal par le nez et était porteur d'un écoulement des deux oreilles, accompagné d'une diminution considérable de l'ouïe.

Nous avons constaté chez lui une déformation ogivale très prononcée de la voûte palatine et la rhinoscopie postérieure nous avait révélé la présence de végétations adénoïdes abondantes dans le pharynx nasal.

Les lésions auditives paraissaient bien effectivement an-

ciennes. Il existait une notable atésie de la partie profonde des conduits auditifs et les caisses se montraient remplies de végétations polypiformes dures.

Quant aux membranes tympaniques, il n'en existait plus traces. En présence de cet ensemble de symptômes, il était intéressant de se procurer une photographie du malade, datant de son enfance. Il n'en possédait malheureusement pas et ne put nous fournir que celle que nous avons l'honneur de vous présenter et qui le représente à l'âge de 27 ans. On remarquera que la bouche s'y montre fermée, mais sur la remarque que nous lui en faisons, le malade nous répondit *qu'il s'était forcé* pour fermer la bouche pendant la durée de la pose (sans doute pour paraître plus à son avantage, la photographie étant destinée à sa fiancée !) A part ce détail d'ailleurs, on reconnaîtra que le facies est bien celui propre à la maladie. Du reste le malade s'étant soumis à l'opération que nous lui propositions, nous pûmes lui extraire une assez grosse masse de végétations offrant une consistance plus ferme que celles que l'on observe chez les enfants.

Consécutivement à cette intervention, la respiration nasale fut considérablement améliorée ; la suppuration des oreilles diminua notablement, sans se tarir complètement. Le malade assura en outre ultérieurement qu'il entendait beaucoup mieux qu'avant ; mais, comme nous avons négligé de mesurer exactement son acuité auditive avant l'opération, nous devons faire des réserves sur cette affirmation qui peut n'être que le résultat d'une illusion.

Nous pouvons maintenant étudier comparativement le résultat de l'examen histologique des tumeurs adénoïdes de ces différents sujets.

N° 1. — *Tumeur adénoïde du pharynx.*

Mlle S., 4 ans 1/2.

Cette tumeur durcie dans l'alcool absolu et découpée en coupes fines donne le type de la tumeur adénoïde du pharynx telle qu'on la rencontre communément chez les jeunes sujets (planche I).

La surface de la tumeur est découpée en un grand nombre de petits lobules ; chacun d'eux présente une structure identique.

A la surface, un revêtement épithélial, au niveau du pédicule, des ramifications vasculaires et, entre les deux, la masse du tissu adénoïde constituant presque toute la tumeur.

Le revêtement épithélial est une couche très serrée d'épithélium cylindrique à cils vibratiles. Les cellules sont très régulièrement rangées les unes à côté des autres ; elles se terminent en pointe vers la base d'implantation, et les interstices laissés par cette disposition sont remplis par des cellules fusiformes qui ne sont probablement que des cellules épithéliales jeunes, destinées à remplacer le revêtement desquamé. Ça et là et sans ordre bien déterminé, on voit quelques cellules caliciformes.

Chacune de ces cellules épithéliales est munie d'un gros noyau ovoïde dont le grand axe coïncide avec celui de la cellule, et d'un pinceau de cils vibratiles faciles à apercevoir sur les préparations montées dans la glycérine.

Au-dessous de l'épithélium, on ne distingue pas, sur nos coupes, de basement membrane bien évidente ; c'est à peine si l'on peut remarquer un très léger tassement du tissu réticulaire qui forme le substratum du tissu adénoïde lui-même ; en ces points d'ailleurs les cellules rondes sont aussi plus serrées, plus nombreuses.

La masse de la tumeur est constituée par le tissu adénoïde disposé comme il suit.

Tout près du revêtement épithélial, mais séparée de lui par une mince bande de tissu (pl. I), existe une couche régulière de follicules clos, également séparés les uns des autres par une portion de tissu de la tumeur qui s'insinue entre eux.

En examinant une coupe, avant de la traiter par le pinceau (pl. I) la tumeur paraît formée par une multitude de petites cellules régulièrement arrondies, tassées les unes contre les autres. Sur les coupes traitées par le pinceau, on réussit à chasser la majeure partie de ces cellules rondes et le tissu adénoïde formant la trame de la tumeur apparaît alors avec netteté ; c'est un ensemble de mailles en réseau de fibrilles anastomosées emprisonnant les cellules rondes (pl. II). Au point d'entre-croisement de ces fibrilles, on peut souvent par le carmin déceler un noyau bien coloré qui semble collé contre les filaments entre-croisés.

Au centre de la tumeur existe une région sillonnée par de nombreux vaisseaux. Ceux-ci sont remplis de globules sanguins, sont larges et abondants ; de leur paroi se détache un réseau de fibrilles qui s'anastomose

avec celui de la tumeur sans ligne de démarcation, de sorte que les vaisseaux sont en contact immédiat avec le tissu adénoïde. Ces vaisseaux dont la structure ne présente aucune particularité importante à noter, sont situés dans le pédicule de la tumeur, et, en ce point, le revêtement épithélial change de caractère pour ressembler à l'épithélium stratifié qui tapisse la paroi du pharynx.

N° 2. — *Tumeur adénoïde du pharynx.* — M. G..., 25 ans. Tumeur très lobulée revêtue par un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Le tissu de la tumeur est formé par du tissu adénoïde typique, c'est-à-dire par un réseau de fibrilles anastomosées dans les mailles duquel se trouvent de très nombreuses petites cellules qu'on peut chasser par le pinceau. Au centre de la tumeur de nombreux vaisseaux en contact immédiat avec le tissu adénoïde. A la périphérie nombreux follicules clos.

N° 3. — *Tumeur adénoïde du pharynx.* — M. P..., 25 ans. Cette pièce reproduit identiquement la précédente.

N° 4. — *Tumeur adénoïde du pharynx.* M. C..., 54 ans. Cette pièce diffère notablement par sa structure des tumeurs adénoïdes vulgaires telles qu'on les a décrites en 1, 2, 3.

Une coupe examinée à un faible grossissement, montre que la tumeur est loin d'être homogène et qu'elle n'est pas formée en totalité par du tissu adénoïde à l'état de pureté.

Le revêtement épithélial est resté normal, c'est-à-dire qu'il est formé par une couche serrée d'épithélium à cils vibratiles.

Le corps même de la tumeur est formé d'éléments hétérogènes.

En certains points on retrouve des îlots de tissu adénoïde normal avec sa trame de fibrilles anastomosées et sa multitude de cellules rondes, enserrant çà et là quelques follicules clos. Ceux-ci ne sont plus disposés en couche continue comme dans les tumeurs prises sur des jeunes sujets, ils sont répartis sans ordres, comme erratiques.

En d'autres points, sans que le pinceau ait enlevé les éléments, les cellules rondes semblent beaucoup plus rares qu'en d'autres points, tandis que la trame conjonctive est excessivement développée. De telle sorte qu'au lieu de se présenter sous forme d'un mince réseau, elle affecte la forme de bandes assez larges, se colorant en rouge par le carmin, et circonscrivant des espaces étroits comblés par les cellules rondes irrégulièrement disposées.

Au centre de la tumeur, on retrouve les vaisseaux. Ceux-ci sont

nombreux ; mais, au lieu de se trouver au contact immédiat du tissu adénoïde, ils sont comme noyés dans une abondante production de tissu fibreux. En même temps leur paroi propre est très notablement épaissie, présentant toutes les lésions de la sclérose vasculaire. La partie centrale de la tumeur se trouve ainsi transformée en un bloc fibreux, sillonné çà et là par des vaisseaux ; sur d'autres points de la tumeur, au milieu de fragments de tissu adénoïdes (pl. III) on voit un certain nombre de culs-de-sacs glandulaires ronds, revêtus d'un épithélium cubique.

Il est évident qu'on ne retrouve pas dans cette description le tissu adénoïde typique tel qu'il est rencontré dans les cas 1, 2, 3 ; il y a ici des différences profondes. Voici en résumé les conclusions qu'on peut tirer de ces diverses analyses histologiques.

Dans le jeune âge et chez les adultes jeunes (25 ans) les tumeurs adénoïdes du pharynx ont une structure identique ; aucun processus histologique ne permet de les distinguer les unes des autres. Par suite des progrès de l'âge, ce tissu subit des transformations analogues à celles qui envahissent la plupart des organes dans les mêmes conditions. Le tissu conjonctif a une tendance à s'organiser et à se transformer en tissu fibreux. Dans les vieilles tumeurs adénoïdes ce tissu de sclérose prédomine. Il paraît se développer tout d'abord au pourtour des vaisseaux et principalement des artères ; puis il envahit, peu à peu, en le refoulant devant lui, le tissu adénoïde qui se trouve morcelé, fragmenté et a une tendance de plus en plus grande à disparaître. Il semble qu'en vieillissant la tumeur adénoïde subisse une évolution naturelle et sans doute fatale vers la sclérose et l'atrophie fibreuse.

La présence des culs-de-sac glandulaires dans la tumeur que nous avons examinée est plus difficile à expliquer. La disposition même des glandes plongées en plein tissu adénoïde, exclut l'idée d'un lambeau de muqueuse du voisinage qui aurait été enlevé avec la tumeur. Il est plus vraisemblable de supposer que la présence des tumeurs adénoïdes pendant un laps de temps aussi considérable finit par irriter la muqueuse du pharynx. Celle-ci subit une très notable hypertrophie, et les glandes bourgeonnant et proliférant envahissent la tumeur adénoïde, dont la vitalité propre est elle-même très compromise par le processus de la sclérose.

Il y a donc dans une tumeur adénoïde, sous l'influence de l'âge, une atrophie scléreuse avec formation de tissu fibreux qui se substitue au tissu propre de la tumeur, en même temps qu'il y a une irritation chronique de la muqueuse qui peut se traduire par une hypertrophie glandulaire arrivant à envahir les reliquats de la tumeur adénoïde.

CONCLUSIONS

I. — La régression des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal est un fait histologiquement établi.

II. — Il n'est pas prouvé que cette régression se produise dès le début de l'adolescence.

III. — Le microscope montre au contraire, au moins chez un certain nombre d'adultes jeunes, les tumeurs en question absolument semblables à celles de l'enfance.

IV. — Elles peuvent en outre occasionner, pour la première fois, vers la trentième année, des troubles auditifs.

V. — La régression semble ne se produire que beaucoup plus tard, dans la seconde moitié de la vie. Elle est caractérisée anatomiquement par des lésions artério-scléreuses, identiques à celles que l'âge détermine, à une époque variable, suivant la constitution et le genre de vie de chaque individu, dans la trame des tissus normaux.

CONTRIBUTION A LA QUESTION DE LA CURABILITÉ DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE PAR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par le Dr **Luc**.

Communication faite au Congrès de Berlin (août 1890).

Au point de vue de nos moyens d'action sur elles, les localisations de la tuberculose pourraient être divisées en deux groupes, suivant qu'elles sont accessibles ou qu'elles échappent à l'intervention chirurgicale. C'est ainsi que les tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires et sous-cutanées, de même que la tuberculose testiculaire et les lésions de même nature que l'on observe à la surface de la peau ou dans la cavité buccale, rentrent tout naturellement dans le premier groupe, tandis que la tuberculose des méninges, des poumons et des organes abdominaux semble

appartenir au second. Il est pourtant à remarquer que cette division n'est rien moins que fixe, et, qu'au fur et à mesure que les progrès de la chirurgie la rendent plus hardie, son action s'étend à des organes qui paraissaient devoir être inaccessibles pour elle.

Nous n'en voulons pour preuve que le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, question récemment agitée à la Société de chirurgie de Paris (séance du 25 juin 1890). Un exemple semblable nous est offert par la tuberculose laryngée qui, sous l'influence des efforts continus de Heryng, Krause, Schmidt, etc., semble tendre, depuis ces dernières années, à devenir justiciable de l'intervention chirurgicale appliquée par les voies naturelles. Les faits de cicatrisation d'ulcérations avérées tuberculeuses obtenue par cette méthode incitèrent un grand nombre de laryngologistes à en essayer eux-mêmes les effets, mais, soit par suite d'un défaut de technique, soit à cause d'un choix défectueux des malades sur lesquels on opérait, le curettement des lésions tuberculeuses du larynx fut loin de donner, entre toutes les mains, des résultats aussi brillants que ceux annoncés par les promoteurs de la méthode, en sorte qu'un grand nombre de spécialistes, découragés par le mauvais résultat de leurs tentatives, renoncèrent à tout traitement local prétendant à la guérison radicale, et se contentèrent d'une médication purement palliative.

Nous avons nous-même, depuis trois ans, soumis à la méthode du curettage suivi d'applications d'acide lactique, tous ceux de nos phtisiques laryngés qui nous paraissaient en état de la supporter; nous avons conscience d'avoir entrepris ce traitement sans aucune idée préconçue et d'avoir apporté dans son exécution toute la persévérance, nous dirions presque, tout l'acharnement possible, et peut-être pourrions-nous contribuer à fixer cette question actuellement si controversée, en rapportant avec la plus grande sincérité le résultat de notre observation personnelle.

Avant d'aborder directement la question de la tuberculose

laryngée, nous nous permettrons de résumer brièvement ici l'histoire d'un malade atteint de tuberculose naso-pharyngienne, observation déjà publiée par nous dans les *Archives de laryngologie* (1889, p. 19), mais dont le dénouement ne nous a été connu qu'ultérieurement. Voici le fait en quelques mots :

Un homme de 35 ans présente, outre des signes légers de pleurésie sèche à l'un des sommets, des ulcérations (révélées tuberculeuses par l'examen histologique) siégeant, les unes sur la paroi postérieure du pharynx, les autres sur la muqueuse des cornets inférieurs des fosses nasales, et s'accompagnant, dans cette dernière région, d'infiltrations considérables. Le malade est d'abord soumis à des séances successives de curettage suivi d'applications d'acide lactique et d'iodoforme, ou de cautérisation galvano-caustiques, sans autre moyen anesthésique que la cocaïne; mais sa sensibilité nous oblige à n'agir que timidement, et de nouvelles lésions se présentent sans cesse à côté de celles que nous croyons avoir détruites. Nous nous décidons alors à agir tout autrement. Le malade est chloroformé, et, à la faveur de cette anesthésie complète, toutes les lésions sont, en une seule séance, soumises au raclage et aux applications caustiques avec la plus extrême énergie. Cela fait, le malade va habiter la province où il se soumet à une hygiène sévère et à une suralimentation systématique. Revu un an après, il avait augmenté de dix livres et présentait une cicatrisation complète de toutes les parties primitivement affectées.

Voilà un fait qui établit de la façon la plus incontestable la possibilité d'obtenir la guérison radicale de lésions tuberculeuses occupant une muqueuse accessible à nos moyens d'action, sous l'influence d'une intervention chirurgicale énergique combinée à un traitement général approprié.

Parmi les cas de tuberculose laryngée auxquels nous avons cherché à appliquer le même traitement, il n'en est malheureusement aucun qui nous ait donné un résultat aussi complet. Chez la grande majorité des malades présen-

tant des lésions tuberculeuses du larynx, le principal obstacle à la réalisation d'une cure radicale est la coïncidence trop fréquente de lésions pulmonaires, déjà le plus souvent avancées. Aussi, renonçant à infliger d'inutiles souffrances à ces malheureux, avons-nous fini par limiter nos essais de traitement chirurgical à ceux d'entre eux dont l'état général nous paraissait peu compromis et dont les poumons nous semblaient à peu près indemnes. Ces conditions idéales sont malheureusement bien rarement réalisées. Il arrive aussi que les malades ne se laissent pas traiter avec toute la persévérance nécessaire ou bien que quelques circonstances les obligent à s'éloigner. Tel est le fait du malade qui fait le sujet de la deuxième observation de notre travail sur les formes combinées de la syphilis et de la tuberculose du larynx (1), et qui dut partir pour l'Amérique au moment où ses lésions laryngées paraissaient en pleine voie de cicatrisation.

En somme, nous ne nous trouvons aujourd'hui en mesure de fournir qu'une seule observation dont il soit possible de tirer des conclusions nettes sur la question qui nous occupe. Nous pensons qu'il peut être de quelque utilité de la rapporter, bien que le dénouement ne nous soit pas encore connu, sans chercher à exagérer ce qu'elle contient d'encourageant, ni à atténuer ce qu'elle peut avoir de décourageant.

M. R..., âgé de 28 ans, né de parents bien portants. N'a pas eu la syphilis. A vécu à Nantes jusqu'en 1884. Depuis lors il a exercé à Paris la profession de vendeur dans divers magasins de nouveautés, et, depuis trois ans, dans les magasins du Bon-Marché. Pendant tout l'été de 1889, en raison du surcroît de besogne occasionné par l'Exposition, il s'est particulièrement surmené, dormant peu, et se livrant souvent à des excès vénériens. Il sentait sa santé ébranlée lorsqu'il prit l'influenza au milieu de décembre. Consécutivement à cette attaque il continua à tousser, à cracher, et en trois mois il perdit cinq kilos. Nous voyons pour la première fois

(1) *Arch. de Laryng.*, 1890, n° 1.

le malade à la fin de mars. L'examen de la poitrine ne nous révèle aucun signe pathologique appréciable. L'examen laryngoscopique nous révèle :

1° Une très légère augmentation de volume de la moitié gauche de l'épiglotte ;

2° Un gonflement peu accusé de la fausse corde gauche ;

3° Une lésion infiniment plus caractéristique occupant la région antérieure de l'aryténoïde droit, sous forme d'une énorme infiltration en partie recouverte par une ulcération d'aspect déchiqueté, offrant tous les caractères objectifs de la tuberculose.

Nous détachons immédiatement avec la curette un fragment de cette surface ulcérée, qui, soumis à l'examen de notre ami le Dr Dubief, révèle les signes indiscutables d'une lésion tuberculeuse (cellules géantes, bacilles). En présence de la limitation nette des lésions laryngées, de l'intégrité relative des poumons et des bonnes dispositions morales du malade qui paraît prêt à tout entreprendre pour se guérir, nous nous décidons à agir avec toute l'énergie possible. En huit séances le foyer aryténoïdien est complètement détergé, et soumis à des badigeonnages avec une solution forte d'acide lactique (parties égales d'eau et d'acide lactique).

Le 9 mai il ne restait plus trace d'infiltration, et, comme à ce moment les autres lésions laryngées nous paraissaient douteuses, et que le malade avait une excellente occasion d'aller passer plusieurs mois en pleine campagne, nous nous décidons à le congédier, après lui avoir tracé les indications d'un régime spécial (suralimentation, créosote de hêtre mêlée à du savon amygdalin à la dose de 0,80 cent. par jour).

Nous revoyons le malade le 21 juillet dans l'état suivant :

Sa mine est bonne, son teint est hâlé par le grand air ; il a gagné huit kilos, ne tousse plus, dit cracher à peine, le matin, en s'éveillant, et ajoute être complètement débarrassé de transpirations abondantes qui avaient beaucoup contribué à l'affaiblir avant son départ. Il s'est d'ailleurs scrupuleusement conformé à nos prescriptions, vivant le plus souvent

au grand air dans une oisiveté complète, prenant régulièrement sa créosote, et absorbant, outre une alimentation solide, substantielle, une dose quotidienne de trois litres de lait.

L'examen attentif des poumons continue à ne nous y révéler aucune autre modification qu'une certaine diminution du murmure vésiculaire aux sommets.

Le laryngoscope nous fournit les renseignements suivants :

Au siège primitif de la grosse infiltration aryténoïdienne ulcérée, on observe seulement une surface grisâtre, irrégulière, non ulcérée, dont nous enlevons avec la curette un fragment aussi profond que possible. L'épiglotte se montre toujours un peu gonflée dans sa moitié gauche. Sa mobilité nous empêche de l'entamer avec la curette dans le but d'en extraire un fragment. La fausse corde gauche paraît avoir augmenté de volume. Soupçonnant à ce niveau la formation d'un foyer nouveau, nous en extrayons un fragment. Au moment de terminer notre examen, nous avons le regret d'apercevoir, entre le bord gauche de l'épiglotte et la paroi latérale gauche du pharynx, une large ulcération offrant l'aspect caractéristique de la tuberculose; nous réussissons à en extraire un gros fragment. Toutes les parties suspectes sont vigoureusement badigeonnées à l'acide lactique et le malade est renvoyé à la campagne avec recommandation de se représenter dans huit jours à notre examen. Tous les fragments extraits sont adressés au Dr Dubief qui nous fait bientôt parvenir la réponse suivante :

« Dans le fragment n° 1 (lésion aryténoïdienne) je n'ai pas
« trouvé de lésion tuberculeuse; c'est un fragment de mu-
« queuse avec beaucoup de tissu fibreux.

« Dans le n° 2 (fausse corde gauche) je n'ai pas trouvé de
« lésion du tout, si ce n'est, en un point, une desquamation
« épithéliale sans caractère.

« Le n° 3 (ulcération pharyngienne) est une lésion pro-
« fonde qui présente tous les caractères des lésions tuber-
« culeuses : infiltration profonde de la muqueuse et du tissu
« sous-jacent avec nombreux follicules tuberculeux. Cepen-

« dant je n'ai pu colorer de bacilles de Koch, mais il est probable qu'une recherche de plus longue haleine en amènerait la constatation. »

Un point de cette observation reste douteux : il est relatif à la date d'apparition de l'ulcération pharyngée ; celle-ci existait-elle déjà lors de notre premier examen, et avait-elle échappé à notre investigation ? Ou bien, s'était-elle formée dans l'intervalle de nos deux explorations ? Dans la première hypothèse, le traitement général aurait été impuissant à prévenir le développement de cette lésion nouvelle ; dans la seconde il aurait été inefficace à lui seul pour la faire disparaître. La présence de cette ulcération pharyngée établit donc de toute façon l'insuffisance du traitement général, au moins dans certains cas, quand il est employé seul contre les lésions tuberculeuses ; nous voyons au contraire quels résultats satisfaisants il peut donner, quand il est combiné avec le traitement local, puisque, chez le malade en question, et chez celui dont nous avons rapporté l'histoire au début de ce travail, nous avons pu obtenir la cicatrisation persistante d'ulcérations manifestement tuberculeuses.

On comprendrait mal notre pensée, si l'on nous prêtait l'intention d'établir ici une comparaison entre l'efficacité de la médication générale et celle de la médication locale à l'avantage de la dernière. Tout au contraire, nous aurions peut-être tendance (en supposant qu'il nous fallût choisir entre les deux) à incliner vers la première, car nous avons, comme beaucoup de nos confrères, observé plusieurs faits incontestables de tuberculose pulmonaire déjà parvenue à la période de ramollissement et *radicalement* guérie sous l'influence d'une médication générale et de mesures hygiéniques, rigoureusement instituées et suivies, tandis que nous ne sachons pas qu'une intervention locale, si énergique qu'elle soit, puisse à elle seule assurer la guérison d'une tuberculose se manifestant par des lésions, si accessibles qu'on les suppose, si l'état général n'est pas en même temps convenablement fortifié, et si le sujet n'est pas soustrait aux

conditions souvent défavorables au milieu desquelles s'est développée sa maladie; mais la comparaison en question ne saurait être qu'une simple vue de l'esprit; en réalité, la médication locale et la médication générale doivent ici se prêter un mutuel appui et leur action combinée nous paraît être la condition *sine qua non* de la guérison.

Mais abordons plus directement la question qui fait l'objet de ce travail.

L'efficacité du traitement chirurgical des lésions tuberculeuses accessibles étant admise en principe, cette méthode s'applique-t-elle *pratiquement* à la cavité laryngée? S'il nous faut dire ici notre pensée, dégagée de tout scepticisme systématique et aussi de tout enthousiasme exagéré, nous répondrons, en nous appuyant uniquement sur les faits que nous avons eu l'occasion d'observer, que nous croyons à l'efficacité du traitement chirurgical appliqué à la tuberculose laryngée, dans *certaines formes*, et chez *certaines sujets*, et que ce mode de traitement offre, pour ce qui est de l'organe en question, des difficultés de pratique sur lesquelles il est bon de ne pas se faire illusion.

Expliquons-nous de suite sur cette dernière proposition. Et d'abord n'y a-t-il pas ici un abus de langage, et le traitement dit *chirurgical* de la tuberculose laryngée est-il complètement assimilable à celui des affections tuberculeuses accessibles des autres régions?

Le chirurgien, qui, après avoir chloroformé son malade, a toute tranquillité, toute latitude pour ouvrir, curer, et cautériser à fond un abcès tuberculeux sous-cutané ou osseux, n'a-t-il pas un avantage inappréciable sur le spécialiste obligé de se contenter d'une anesthésie locale et fatalement incomplète, de ne suivre que de loin, indirectement, et avec l'aide du miroir, les mouvements de son instrument, forcé de compter avec la sensibilité du malade, avec ses réflexes involontaires et avec le rejet fréquent de sang qui sans cesse vient ternir le miroir, forcé par conséquent d'opérer, non en une fois, mais de procéder par séances successives tou-

jours plus ou moins espacées ? Que l'on compare à ce point de vue le premier de nos malades, atteint de tuberculose naso-pharyngienne, au second, affecté de tuberculose laryngée. Au premier abord, il semblerait que la différence de siège eût peu d'importance ; elle était pourtant considérable au point de vue pratique, puisque, dans le premier cas, nous avons pu faire réellement *une opération chirurgicale*, c'est-à-dire radicale d'emblée, tandis que dans le second, nous étions obligé de n'intervenir qu'en plusieurs fois, avec tous les ménagements réclamés par la sensibilité du malade, et de le congédier, pour ne pas le priver des bénéfices de la campagne, sans avoir pu agir sur certaines parties de la cavité laryngée (fausse corde, épiglotte), dont l'apparence nous semblait suspecte (1).

Ces difficultés sont essentiellement inhérentes à la localisation laryngée et s'appliquent indistinctement à tous les malades porteurs de cette localisation. D'autres, au contraire, permettent d'établir des nuances entre les malades : elles résultent du siège des lésions sur tel ou tel point de la cavité laryngée, du degré de sensibilité personnelle ou, au contraire, du courage et de la tolérance des malades, de la coïncidence de lésions pulmonaires plus ou moins développées, de l'état général, enfin de la classe sociale à laquelle appartient le sujet et des ressources dont il peut disposer en faveur de son traitement.

Malgré les avantages offerts par la cocaïne, avantages que nous sommes loin de méconnaître, le curettage intralaryngé ne laisse pas que d'être une opération douloureuse, exigeant une certaine énergie de la part du malade, l'astrei-

(1) Cet ensemble de difficultés a tellement frappé certains auteurs qu'ils se sont demandé s'il ne serait pas d'une bonne pratique d'appliquer à la tuberculose laryngée initiale le traitement chirurgical (laryngo-fissure) réclamé par les tumeurs malignes, mais on conçoit les difficultés que l'on éprouvera presque fatalement à faire entrer une semblable méthode dans la pratique courante ; aussi, les essais qui en ont été faits jusqu'ici sont ils trop peu nombreux pour qu'il soit possible d'en tirer quelque conclusion valable.

gnant à des séances répétées, non seulement fatigantes, mais parfois même dépressives, en raison de l'énervement produit et de l'écoulement de sang, toujours assez abondant, consécutif à l'action de l'instrument tranchant. Notre avis est donc que, non seulement dans l'intérêt de la statistique, mais encore dans un intérêt humain, la méthode chirurgicale exige une sélection préalable entre les malades que l'on se propose de traiter.

Les considérations sur lesquelles doit être basée cette méthode sont relatives :

a. A l'état général.

b. A l'état des poumons et des autres organes.

c. Au siège précis des lésions laryngées.

d. Au caractère personnel et à la condition sociale du malade.

Examinons rapidement ces différents points.

A. — Il va de soi que la méthode ne saurait être entreprise qu'à la faveur d'un organisme encore résistant et qu'elle est contre-indiquée par toute apparence de cachexie.

B. — La présence de lésions pulmonaires étendues enlève évidemment tout espoir de guérison radicale de la tuberculose, mais on n'oubliera pas qu'il est bien plus terrible pour un malade tuberculeux de périr par le larynx que par le poumon, en sorte que si, avec des lésions pulmonaires même étendues, coïncident des lésions laryngées bien limitées, *bien placées*, il ne sera pas irrationnel de chercher à éteindre ces dernières sur place, si la chose ne doit pas exiger trop de séances ni infliger trop de souffrances et de fatigue au malade.

C. — La question du siège des lésions laryngées tuberculeuses nous paraît avoir dans l'espèce une très grande importance; certaines localisations se prêtent fort mal à l'action de la curette : telles sont celles de l'épiglotte en raison de la mobilité de cet opercule, telles sont aussi les infiltrations très profondes atteignant par exemple les articulations crico-aryténoïdiennes. En revanche, les infiltrations des fausses

cordes, les ulcérations pré-aryténoïdiennes qui présentent derrière elles un plan résistant sur lequel la curette peut s'appuyer avant de trancher, représentent en quelque sorte, au point de vue de l'intervention, des localisations idéales.

Il va de soi que certaines difficultés personnelles d'exploration laryngée résultant, soit de réflexes excessifs, soit de dispositions anatomiques défavorables, pourront constituer des obstacles invincibles et de véritables contre-indications.

D. — Nous avons dit que le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée exigeait de la part du malade une certaine dose de courage et de persévérance ; il nous paraît donc tout à fait contre-indiqué d'en tenter les effets chez les sujets qui ne possèdent pas ces qualités. C'est là une première considération d'ordre personnel ; il en est d'autres inhérentes non plus au caractère du malade, mais aussi à sa position sociale. Il est de toute évidence qu'on sera peu en droit d'attendre un résultat valable d'un traitement, si énergique qu'il soit, appliqué à un individu vivant au milieu de privations et dans des conditions d'hygiène déplorable qu'il lui est impossible de modifier ; qu'au contraire, les avantages fournis par la fortune, au point de vue de la possibilité du déplacement, et de la réalisation des meilleures conditions d'hygiène, constituent un précieux adjuvant d'une intervention active et doivent nous inciter à l'entreprendre. Mais, à ce point de vue, l'idéal est représenté par les sujets qui, comme celui de notre deuxième observation, après avoir contracté leur maladie sous l'influence d'une hygiène déplorable, souvent inhérente à leur profession, sont en mesure de substituer brusquement à ces mauvaises conditions un genre de vie tout différent.

C'est dans ces cas spéciaux que l'on assiste à de véritables résurrections d'organismes que l'on croyait à tout jamais perdus, et qu'une intervention énergique donne ses plus brillants résultats.

Si maintenant nous rapprochons des considérations générales qui précèdent et des règles de pratique que nous venons

d'esquisser le cas particulier de notre second malade, nous voyons que, sous tous les rapports, il réalisait à peu de chose près les conditions spéciales que nous avons cru pouvoir présenter comme les plus favorables au point de vue de la curabilité ; et j'entends ici par curabilité non pas seulement celle d'une lésion isolée, mais celle de la tuberculose dans son sens le plus général. C'est pour cette raison que l'observation en question nous a paru intéressante à rapporter, car elle pouvait nous donner une idée de ce que nous étions en droit d'attendre de l'ensemble de tous les éléments de guérison dont nous disposons, appliqué à un cas particulièrement favorable. Or, à envisager froidement le résultat obtenu, nous croyons pouvoir dire qu'il est plutôt encourageant ; effectivement, à la suite de la médication locale entreprise et d'un séjour de deux mois à la campagne au milieu de conditions hygiéniques *idéales*, secondées par une médication générale appropriée, notre malade revenait avec une augmentation de poids de seize livres et avec une disparition presque complète de tous ses symptômes subjectifs, et *la seule lésion tuberculeuse qui eût été traitée localement était complètement cicatrisée*. L'histoire de ce sujet n'est évidemment pas terminée, et il reste quelques ombres au tableau : nous voulons parler de l'ulcération pharyngée et de certains points douteux de la cavité laryngée, mais n'est-il pas logique et légitime d'espérer qu'en appliquant à ces lésions la même médication locale qu'à la première, on arrivera également à les détruire sur place, et à réaliser une cure vraiment radicale ?

Comme on le voit, notre but en rapportant ici le résultat de notre expérience personnelle, n'a pas été de décourager nos collègues ni de les détourner d'un mode de traitement qui fait le plus grand honneur à l'initiative et à la persévérance de ses auteurs ; nous avons voulu seulement les mettre en garde contre une extension exagérée de cette méthode et nous avons pensé, qu'en en limitant rigoureusement l'application aux cas qui nous en paraissaient réellement justiciables, nous

pourrions concourir à la mettre à l'abri des critiques de ses détracteurs, et à l'empêcher de tomber dans un discrédit immérité.

DES RELATIONS DU LARYNX AVEC LE SYSTÈME NERVEUX MOTEUR

Par **Félix Semon** et **Victor Horsley**.

Communication faite au congrès de Berlin.

(Traduit par le Dr LUC.)

INTRODUCTION

Jusqu'à l'année 1880, la pathologie de l'appareil nerveux moteur du larynx, pour employer l'expression de Gerhardt (1), paraissait l'un des champs les mieux cultivés de la pathologie de cet organe, mais la découverte faite indépendamment par Rosenbach (2) et Semon (3), que dans les lésions organiques progressives des nerfs laryngés moteurs, du bulbe vers la périphérie, les abducteurs des cordes vocales étaient toujours les premiers ou les seuls muscles atteints, tandis que dans les troubles fonctionnels, ainsi que l'établit Semon, le groupe antagoniste des adducteurs était presque toujours seul en souffrance, cette découverte, disons-nous, ouvrit sur le sujet un point de vue tout à fait nouveau.

Le premier des deux faits parut longtemps complètement inexplicable et, tandis que de nombreuses théories étaient proposées pour expliquer le phénomène, son existence même était mise en doute. Pour se rendre compte de la position des cordes sur la ligne médiane (paralysie des abducteurs), on invoqua diverses hypothèses parmi lesquelles celle de Krause (contracture neuropathique de tous les muscles laryngés

(1) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1881, n° 45, p. 671.

(2) *Breslauer ärztl. Zeitschr.*, 1, 2, 3, 1880.

(3) *Arch. of laryng.*, vol. II, n° 3, 1881, etc.

avec prépondérance des adducteurs) compta le plus d'adhérents.

Lorsque la tendance spéciale présentée par les abducteurs à succomber aux affections organiques eut été pour la première fois montrée par l'un de nous (F. S.), il s'abstint de toute explication du fait. Cette réserve était due à l'observation physiologique faite par lui, au cours de ses recherches sur la question, que la glotte humaine se montre plus largement ouverte durant la respiration tranquille (inspiration aussi bien qu'expiration) qu'après la mort où elle affecte la position dite cadavérique. A première vue ceci semblait impliquer une énergie physiologique toute spéciale des abducteurs et paraissait en contradiction avec l'hypothèse, qu'ils fussent les premiers à céder à une affection organique.

Aussi sembla-t-il, dès le début, de toute nécessité d'étudier les conditions physiologiques de l'innervation motrice du larynx plus rigoureusement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Le début des recherches qui ont abouti au présent travail remonte à 1881. Une allusion à ce point se trouve dans la monographie publiée par l'un de nous (F. S.) sur le côté pathologique de la question en 1883 (1).

On trouvera dans ce qui va suivre un exposé aussi concis que possible des résultats des recherches que nous avons entreprises, depuis 1881, en commun ou, chacun à part, et que nous avons poursuivies jusqu'au moment présent.

Nous sommes loin de considérer ces recherches comme terminées ; au contraire nous comptons bien les continuer ultérieurement et approfondir un grand nombre de questions qui se rattachent aux points établis par nous, questions dont les unes n'ont pas encore reçu une solution péremptoire, tandis que les autres ont été à peine abordées. Cependant, comme déjà une conception générale des rapports du larynx

(1) *Virchow's Arch.*, vol. 98, 1884, et vol. 102, 1885.

(2) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1883, p. 712.

avec l'appareil nerveux moteur se dégage de nos investigations, nous jugeons le moment venu de publier les résultats auxquels nous sommes dès maintenant parvenus, non seulement en vue d'être utiles aux autres investigateurs engagés dans le même ordre de recherches, mais aussi dans le but de nous opposer à l'acceptation générale de certaines erreurs pathologiques qui tendent à se faire jour depuis quelque temps.

Comme il sera facile de s'en apercevoir de suite, le sujet est des plus vastes. Après mûre réflexion, nous nous sommes décidés à adopter le plan qui va suivre, comme étant le mieux adopté à une compréhension claire des questions compliquées que nous rencontrons ici, et comme devant nous conduire de faits plus ou moins généralement connus à des points nouveaux. Nous ne nous dissimulons pas toutefois que cette façon de procéder nous exposera parfois à d'inévitables répétitions. Notre plan consiste à commencer par la moelle allongée, de passer à la périphérie, puis d'étudier les rapports de la couronne rayonnante et de la capsule interne avec les mouvements intrinsèques du larynx.

Avant de discuter la représentation du larynx dans le système nerveux central, nous devons prier nos lecteurs de ne pas perdre de vue, pendant la lecture de ce qui va suivre, que le larynx sert à deux fonctions complètement distinctes : la respiration et la phonation. De ces deux fonctions, la première est essentiellement automatique, bien que se prêtant dans une certaine mesure à des modifications voulues, tandis que la seconde est exclusivement volontaire et ne dépend d'influences réflexes que dans certains actes, tels que le pleurer, le tousser, le rire, etc.

Il faut aussi toujours se rappeler que ces deux fonctions ne sont antagonistes l'une de l'autre que dans un certain sens. Tandis qu'il est incontestable qu'aucun acte phonatoire ne saurait se produire sans participation du système respiratoire, la réciproque n'est pas vraie, car la respiration est complètement indépendante de la phonation.

Il nous a paru nécessaire d'insister sur ces faits, dès le début de notre travail, afin de débarrasser notre lecteur de certaines impressions qui auraient pu être produites sur lui par la lecture d'un travail paru antérieurement sur le même sujet (1) et tendant à faire admettre que, aussi bien dans les mouvements respiratoires que dans les mouvements phonatoires des cordes vocales, l'innervation de leurs groupes musculaires antagonistes entre simultanément en jeu.

MOELLE ALLONGÉE

Conformément aux principes que nous venons de développer, nous allons avoir à examiner : A, la représentation respiratoire ; B, la représentation phonatoire du larynx dans la moelle.

A. — *Représentation respiratoire.*

Il est universellement admis que le bulbe est le siège par excellence des phénomènes respiratoires et non moins concédé par tous que le larynx forme partie intégrale de l'appareil qui dessert cette fonction. (Ce fait est mis en évidence par les mouvements rythmiques des cordes vocales qui constamment, dans la respiration forcée et parfois seulement dans la respiration calme, accompagnent chez l'homme les mouvements du thorax) (2). Aussi personne ne saurait douter a priori que, suivant toute vraisemblance, la fonction respiratoire du larynx ne soit essentiellement représentée dans le bulbe.

Ici se pose immédiatement la question suivante : existe-t-il dans la moelle un centre pour les mouvements respiratoires du larynx qui soit indépendant de celui qui correspond aux mouvements respiratoires du thorax, ou bien les mouve-

(1) ROSENBACH. *Loc. cit.*

(2) F. SEMON. On the position of the vocal cords in quiet respiration of man, etc. Proceedings of the royal Society of London, juin 1890. Voir aussi Krause, *loc. cit.*

ments des deux organes sont-ils régis par un centre unique et commun ?

C'est à la première de ces deux hypothèses que nous nous rallions pour les deux raisons suivantes :

1° Existence établie par l'un de nous (1) d'un tonus réflexe abducteur des cordes vocales, maintenant la glotte largement ouverte, tandis que le thorax continue ses mouvements rythmiques.

2° Observation expérimentale directe faite par nous (2), que, chez le chat, l'excitation de la région supérieure du plancher du 4^e ventricule détermine une abduction persistante des cordes, tandis que le thorax continue de se contracter et de se dilater d'une façon rythmique.

On peut admettre, à la vérité, que l'excitation puisse n'influencer que l'élément laryngé du centre respiratoire commun, en sorte que l'élément thoracique demeure non influencé dans son fonctionnement. Cela ne nous paraît guère probable mais nous nous abstenons naturellement d'adhérer absolument à l'une ou à l'autre hypothèse.

Un autre point qu'il nous semble intéressant de déterminer est de savoir si cette représentation bulbaire du larynx est bilatérale ou unilatérale, c'est-à-dire si l'excitation d'une moitié du bulbe produit des mouvements respiratoires des deux cordes vocales ou d'une seule.

La question nous paraît résolue par nos expériences dans le sens de la première hypothèse, c'est-à-dire que les deux cordes entreraient en fonction pour l'inspiration (abduction) et pour l'expiration (adduction) sous la stimulation des portions correspondantes d'un seul côté du bulbe (comparer avec Schiff, Rosenthal, etc., sur la bilatéralité de la représentation de la respiration thoracique dans le bulbe). S'il nous faut répondre à la question : quel est le caractère le plus fréquent des mouvements laryngés respiratoires représentés dans le

(1) F. SEMON. Ibid.

(2) F. SEMON et V. HORSLEY. Royal Society, 1890.

bulbe ? nous dirons que nos expériences sur toutes les espèces d'animaux que nous avons employées (singes, chats, chiens) nous portent à conclure que le mouvement par excellence est l'inspiration, c'est-à-dire l'abduction des cordes vocales.

B. — *Représentation phonatoire.*

Nous abordons maintenant la question suivante : le larynx est-il représenté dans le bulbe pour les mouvements phonatoires ?

Il est à supposer à priori qu'un centre d'adduction (phonatoire) doit exister dans le bulbe, puisque les excitations phonatoires descendant de l'écorce cérébrale et dont nous aurons à nous occuper bientôt, de même que les excitations d'origine pyramidale, réclament l'existence d'un centre bulbo-spinal ou centre de transmission.

Une preuve directe de l'existence d'un pareil centre fut fournie par l'expérience bien connue de Vulpian (1), consistant à produire un cri purement réflexe, par excitation du bulbe, après ablation du cerveau. Nous avons voulu élucider la question, en excitant directement le bulbe, afin de noter si nous obtiendrions ainsi une occlusion immédiate et puissante de la glotte. Or, nous avons observé ce résultat quand l'excitation portait sur l'ala cinerea et sur le bord supérieur du calamus scriptorius. Le phénomène invariablement produit dans ces conditions, était un mouvement d'adduction des deux cordes vocales.

Nous avons également trouvé que l'excitation du corps restiforme et de son bord interne, suivant une ligne verticale, longeant la moitié inférieure du 4^e ventricule, déterminait l'adduction de la corde vocale du même côté. Cet effet doit-il être attribué à l'excitation d'un petit centre ou à celle des fibres centrifuges qui vont former les racines du nerf

(1) Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux, 1866, p. 510.

vague ? c'est ce que nous ne saurions décider. Il suffit pour le moment de constater l'existence du phénomène unilatéral.

Les résultats de l'excitation du bulbe sont sujets à des variations considérables, par suite de l'action spécifique des anesthésiques (notamment de l'éther), sur le larynx.

Dans une communication antérieure, faite, il y a quelques mois (1), nous établîmes que les seuls mouvements que nous avons obtenus par l'excitation du bulbe, dans nos premières expériences, étaient des mouvements d'abduction. Une expérience ultérieurement acquise nous apprit que l'abduction d'abord exclusivement obtenue par nous était due à l'emploi de grandes quantités d'éther et que le résultat différent dont nous avons parlé plus haut pouvait être réalisé grâce à un usage plus modéré des narcotiques. Une discussion approfondie de l'influence des anesthésiques dans l'espèce se trouve dans notre travail destiné à la Société royale.

C. — *Système périphérique. Nerfs, terminaisons nerveuses et muscles envisagés en bloc.*

La première question touchant cette partie de notre travail est naturellement celle de l'origine des fibres motrices des nerfs laryngés au niveau de la moelle. A la suite d'une longue discussion sur ce sujet qui a occupé les années précédentes et dont on peut trouver les détails dans l'excellent travail expérimental de Schech (2) sur le sujet, la question parut définitivement tranchée en faveur de la théorie qui fait dériver de la branche interne du spinal la totalité de l'appareil nerveux moteur du larynx (avec réserve faite pour le muscle crico-thyroïdien). Tout récemment cette opinion a été contestée par Grabower (3) dont les expériences tendent

(1) *Brit. med. Journ.*, 21 décembre 1889.

(2) *Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Nerven und Muskeln des Kehlkopfs.* Würzburg, 1873.

(3) *Centralblatt für Physiologie*, janvier 1890.

à faire des faisceaux inférieurs du pneumogastrique les voies de l'innervation motrice du larynx, le spinal n'ayant rien à faire avec cette fonction.

Le travail contemporain de Grossmann (1) laisse la question en suspens. Ces deux dernières monographies sont d'ailleurs si récentes que le temps nous a manqué pour soumettre le problème à une nouvelle investigation de notre part. D'ailleurs, étant donnés les points que nous discutons dans le présent travail, il nous est indifférent de savoir si les origines ultimes des racines des nerfs laryngés proviennent du spinal ou du vague.

Le second point à déterminer est de savoir si les nerfs qui aboutissent au larynx sont seulement moteurs ou s'ils contiennent aussi des fibres centripètes.

Pour ce qui est du vague, il est généralement admis qu'il contient à la fois des fibres centripètes et centrifuges. Pour le récurrent, il n'en est pas de même. De temps en temps, et tout récemment encore (Burkart et Krause) (2), il a été avancé que ce nerf généralement considéré comme purement moteur contient aussi des fibres centripètes en rapport avec la respiration. Nos propres expériences infirment cette opinion; elles ont consisté à sectionner le récurrent chez diverses espèces d'animaux et à exciter le bout central au moyen de courants d'intensité variée.

Une troisième question est soulevée par les faits pathologiques constatés par Rosenbach et Semon (que dans les lésions organiques progressives des racines et des troncs des nerfs laryngés, le phénomène clinique d'abord observé est la paralysie isolée des abducteurs et qu'après la mort, on observe une dégénérescence prédominante ou exclusive des muscles abducteurs); cette question est la suivante: Existe-t-il des différences notables entre les fibres nerveuses qui

(1) Sitzungsberichte der K. K. Akademie der Wissenschaften, in Wien. Bd 98. November 1889.

(2) Internat. Centralblatt f. Laryngologie, etc. Janvier 1890, p. 382.

innervent les groupes musculaires antagonistes, ou ces différences résident-elles dans la constitution biologique des muscles eux-mêmes ?

Nous pensons que l'heure n'est pas encore venue de répondre définitivement à ces questions. Les faits pathologiques sus-mentionnés ne nous éclairent pas sur elles ; dans tous les cas, nos expériences nous font considérer comme probable qu'il existe des différences entre les muscles, y compris les terminaisons nerveuses, au point de vue de la constitution biologique.

Trois faits nous amènent à cette conclusion :

1° Le fait que les muscles abducteurs entrent en état de mort fonctionnelle plus tôt que les adducteurs, après la mort de l'individu (1).

2° Le fait que l'éther exerce sur les muscles laryngés une influence périphérique et *différenciante* qui ne saurait se produire que par la voie de la circulation (2).

3° Le fait démontré par B. Fränkel et Gad (3), qu'en refroidissant graduellement le récurrent, on obtient une paralysie de l'abducteur avant celle des adducteurs.

Quant à ce qui est du fait que, dans les affections organiques centrales et bulbaires, les centres ganglionnaires des abducteurs succombent aussi plus tôt que ceux des adducteurs (le tabes, par exemple), nous désirons qu'il soit bien compris que nous nous gardons, sur ce sujet, de toute idée préconçue, et nous insistons d'autant plus sur ce point que, depuis quelques années, c'est devenu presque une habitude de parler de la soi-disant *théorie* de l'un de nous (F. S.), tandis qu'en réalité la découverte de la vulnérabilité spéciale de l'appareil abducteur, dans les affections organiques, a été le résultat direct de l'observation clinique et pathologique et n'a jamais été basée sur une théorie.

(1) SEMON et HORSLEY. *Brit. med. Journ.*, 4 et 11 septembre 1886.

(2) Ce point a été découvert par HOOPER. *Trans. Amer. Lar. A soc.*, vol. VII.

(3) *Centralblatt f. Physiologie.*, 11 mai 1889.

Les faits fondamentaux sus-mentionnés joints à la répétition que nous avons faite sur une grande échelle des expériences de Krause (1), et aussi la considération de phénomènes analogues observés dans des conditions analogues, dans le domaine d'autres nerfs crâniens, suffisent pour nous faire adhérer fermement à l'opinion, que, dans la grande majorité des faits de lésions organiques progressives des nerfs laryngés, le résultat est non pas une contracture primitive de tous les muscles laryngés, mais une paralysie primitive des abducteurs.

Nous ne nions pas d'autre part que dans certaines circonstances rares, sous l'influence d'une irritation soudaine et violente des racines et des troncs nerveux, le phénomène clinique produit ne puisse être un spasme tonique des muscles laryngés.

D. — Écorce cérébrale.

A. *Respiration.* — En considérant la représentation du larynx dans l'écorce cérébrale, nous devons tout d'abord nous arrêter à une question du plus haut intérêt : la représentation du larynx est-elle ou non indépendante de celle de la respiration ? Puisque l'écorce cérébrale est le district ou le siège des actes nerveux les plus élevés, il est clair que, bien que la fonction respiratoire y est sans doute représentée, la fonction phonatoire bien plus inhérente à la vie de relation doit y occuper une place prédominante.

François Franck (2) a maintenu que le larynx n'a pas de représentation corticale indépendante des mouvements généraux de la respiration. Comme on le verra plus loin, nos expériences aussi bien que les observations antérieures de Ferrier (3), Duret (4) et Krause (5) et les recherches con-

(1) *Arch. de Virchow*, vol. 98, 1884, et vol. 102, 1885.

(2) *Fonctions du cerveau*. Paris, 1889.

(3) *Functions of the brain*, 1 st. ed., 1876, p. 150.

(4) *Traumatismes cérébraux*, 1878, p. 142.

(5) *Sitzungsber. der Preussischen Akad. der Wissenschaft*, 1883, et *Arch.*

temporaires de Masini (1) nous ont amené à des vues différentes, en raison surtout de ce fait spécial, que nous avons vu des mouvements laryngés se produire tout à fait indépendamment des mouvements thoraciques respiratoires, et vice versâ (2).

En traitant de cette partie de notre travail, nous devons faire remarquer qu'il existe des différences spécifiques entre les différentes espèces d'animaux et entre les animaux jeunes et adultes d'une même espèce, différences qui se manifestent tout particulièrement dans les degrés divers de la représentation de la respiration dans l'écorce cérébrale.

De tous les animaux sur lesquels nous avons expérimenté, le chat (3) paraît posséder le plus grand et le singe le moindre développement de la représentation respiratoire dans l'écorce. Chez le premier des animaux seulement nous avons pu déterminer l'existence d'un centre présidant essentiellement à l'abduction, tout contre le bord du sulcus olfactif.

Une prépondérance semblable de la représentation corti-

für Physiolog., 1884. (Nous profitons de l'occasion pour reconnaître une erreur commise par nous, en fixant à 1883 la date d'apparition de ce dernier travail). *Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 25, 1890.

(1) *Archivi Italiani di Laryngologia*, 1888, p. 45.

(2) Voyez aussi les expériences plus récentes exécutées par KRAUSE (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1890, p. 557), qui ont conduit l'auteur à des conclusions identiques.

(3) Ce fait est particulièrement intéressant, quand on le rapproche de l'observation faite par Legallois, au commencement du siècle (sur le principe de la vie) que, tandis que tous les jeunes animaux des espèces les plus diverses meurent d'asphyxie, à des intervalles différents, il est vrai, à la suite de la section des récurrents, les chats et les chevaux sont les seuls animaux qui succombent à l'âge adulte, dans les mêmes conditions. Legallois attribuait ce fait à la proportion variable d'un animal à un autre qui existe entre le diamètre des voies aériennes supérieures et la surface respiratoire des poumons. Il semblerait, d'après cela, que les chats aient plus besoin que les autres animaux d'un appareil spécial permettant une inspiration suffisante d'air et il se pourrait que l'existence d'un centre cortical abducteur réponde à ce besoin. Nous nous occupons actuellement d'élucider ce point tout particulièrement chez le cheval.

cale de la respiration a été constatée par nous chez de jeunes animaux d'espèce différente. Nous tenons à répéter ici ce que nous avons déjà dit dans une publication antérieure (*Brit. med. Journ.*, septembre 1886), que les particularités individuelles aussi constituent un facteur important dont il faut tenir compte dans la détermination du résultat. La connaissance de ces faits pourra peut-être empêcher de tirer des conclusions hâtives d'un trop petit nombre d'expériences.

Passant maintenant à la représentation corticale de la respiration, nous pouvons dire que nous en avons constaté l'existence chez tous nos animaux en expérience.

Cette représentation se traduit habituellement par l'accélération du rythme et parfois l'augmentation d'ampleur des mouvements respiratoires. Chez le chat, comme il a été dit plus haut, la région décrite paraît présider à la position inspiratrice des cordes vocales.

L'accélération est obtenue par l'excitation du gyrus précrucial (gyrus præfrontalis; Owen), l'augmentation d'ampleur par l'excitation de la région qui contourne l'extrémité inférieure du sulcus crucial; quant à l'inspiration nous l'avons déjà localisée, chez le chat, juste au-dessus du sulcus olfactif.

Chez le chat, nous avons observé que l'élément laryngé de la respiration consiste en une abduction (1) complète et persistante des cordes vocales, tandis que les mouvements respiratoires du thorax persistent sans être modifiés.

Plus tard, quand nous discuterons l'arrangement des fibres dans la capsule interne, nous ferons remarquer, à propos des points qui précèdent, mais nous pouvons faire observer de suite ici, que la représentation de la respiration dans l'écorce, au moins pour ce qui concerne les mouvements thoraciques, a été décrite dès 1882 par Munk (*Sitzungsberichte der Kgl. preuss. Academie der Wissenschaften*, XXXVI) et que Unverricht a fait des observations analogues.

(1) Pendant l'excitation.

B. *Phonation*. — A propos de cette partie de notre travail, nous ne pouvons que répéter les observations que nous avons faites dans une communication (1) antérieure : qu'il existe dans chaque hémisphère cérébral un territoire de représentation bilatérale des mouvements d'adduction des cordes vocales, situé chez le singe, juste en arrière de l'extrémité inférieure du sulcus précentral, à la base de la troisième circonvolution frontale et, chez les carnivores, dans les gyrus précrucial et son voisinage. Ce territoire présente un foyer d'action prédominante dans la moitié antérieure du pied de la circonvolution frontale ascendante. L'excitation de ce point produit une adduction bilatérale complète des cordes vocales qui dure aussi longtemps que l'excitation.

Si, toutefois, l'on vient à prolonger démesurément cette dernière, le *besoin de respirer* surmonte l'influence de l'excitation artificielle et provoque un mouvement d'abduction des cordes vocales, momentanée, mais puissant. L'excitation des parties périphériques du territoire détermine une adduction de moins en moins parfaite, au fur et à mesure que nous nous écartons du foyer, et, quand enfin, l'excitation ne porte plus que sur l'extrême limite du territoire, les cordes vocales prennent la position dite cadavérique. Nous avons déjà parlé des différences présentées par le chat. Si l'on vient à exciser l'un des territoires corticaux d'adduction assez complètement pour que l'excitation des parties voisines de la lésion demeuré sans effets sur le larynx, et qu'on laisse la plaie se guérir aseptiquement, on n'observe pas de paralysie des cordes vocales. D'autre part, si l'on excite ultérieurement le territoire correspondant de l'hémisphère opposé, on obtient une adduction complète et bilatérale des cordes, tout comme si le territoire opposé était intact. Des faits qui précèdent, nous concluons que : a) une

(1) *Brit. med. Journ.*, 21 décembre 1889. V. aussi *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1890, n° 4.

excitation unilatérale produit un effet bilatéral. Ainsi, dans le domaine clinique, une affection irritative unilatérale de cette région peut déterminer un spasme glottique, c'est-à-dire une adduction bilatérale des cordes vocales, comme par exemple dans la laryngite striduleuse. La preuve, que cette opinion n'est pas purement théorique, c'est que l'on voit parfois dans les formes graves de cette dernière maladie la contracture des extrémités s'associer avec le spasme glottique. Cette association s'explique tout naturellement par l'hypothèse d'une excitation puissante, débordant du centre cortical laryngé sur les centres des membres placés tout au voisinage.

L'aphonie spasmodique et certaines autres névroses laryngées présentant un caractère semblable rentrent probablement dans la même catégorie.

b. La destruction unilatérale est sans effet. Il n'existe donc pas, comme on l'a avancé, de paralysie unilatérale d'une corde vocale d'origine cérébrale. L'exactitude de notre assertion est mise en évidence par le fait que l'aphasie motrice est distincte de l'aphonie. En outre, l'un de nous (F. S.) ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades aphasiques et hémiplegiques du côté droit, quelques heures seulement après l'ictus apoplectique, a constaté une intégrité complète des mouvements des cordes vocales.

Enfin, comme les faits et les arguments précédents ont été impuissants à convaincre certains observateurs qui croient qu'une lésion corticale unilatérale peut produire une paralysie de la corde opposée (voir notre controverse avec MM. Garel et Dor, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai et juin 1890), nous avons extirpé non seulement le centre phonatoire, comme il a été décrit plus haut, mais la totalité de l'hémisphère. Or, à la suite de cette opération, les mouvements respiratoires des deux cordes vocales persistent et l'excitation du centre phonatoire du côté opposé, détermine aussitôt une adduction bilatérale. Cela devrait suffire à régler le point en litige. Faisons

remarquer incidemment que les cordes continuent également à se mouvoir après section des deux pédoncules cérébraux et après l'ablation, non seulement des deux hémisphères, mais même du cervelet.

Nos expériences nous ont encore montré qu'une excitation puissante et prolongée du territoire laryngé provoque une véritable épilepsie des cordes vocales qui peu à peu, s'étend aux muscles de la face, du cou, de la tête et des membres supérieurs. Nous concluons de là que le cri épileptique n'est pas, comme on l'a cru longtemps, le résultat d'une excitation primitive de la moelle allongée, mais représente l'un des actes de cet ensemble d'excitations corticales constituant ce que le vulgaire appelle une attaque d'épilepsie.

Nos expériences d'ordre excitatoire confirment donc pleinement les observations faites par le professeur Krause (1) sur les chiens, en 1883. En revanche, elles ne confirment pas les résultats obtenus plusieurs fois par Masini (2), que la stimulation d'un seul centre phonatoire, au moyen d'un courant très faible, déterminerait des mouvements de la corde opposée.

E. — *Fibres unissantes.*

I. *Couronne rayonnante.* — Le système de fibres efférentes qui descendent de l'écorce vers le bulbe transmettant à l'appareil laryngé bulbaire les impulsions d'origine corticale a été analysé par nous au moyen de l'excitation. Nous avons constaté, qu'au-dessus des ganglions de la base encéphalique, les fibres vont directement de chaque point de la représentation corticale vers la capsule, dans une position correspondant à leur origine dans l'écorce et sans aucune particularité d'arrangement, au niveau de la couronne.

Nous passons donc de suite à la capsule interne.

II. *Capsule interne.* — Ayant pratiqué une section hori-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

zontale de l'hémisphère et mis ainsi à découvert les ganglions de la base et la capsule interne, nous avons analysé les fonctions de cette dernière au moyen de l'excitation et constaté, chez les carnivores, la disposition suivante des fibres nerveuses :

Les fibres qui servent à la fonction respiratoire occupent d'abord la partie antérieure de la capsule et, plus bas, plus particulièrement la région du genou. En suivant ces fibres d'avant en arrière, on note les détails de disposition suivants : principalement en avant, se trouve représenté le siège de l'accélération des mouvements respiratoires ; immédiatement en arrière, le même phénomène est représenté mais avec une prédominance du mouvement d'abduction des cordes vocales ; au niveau du genou nous constatons le siège de l'amplification des mouvements respiratoires. La position des faisceaux dont l'excitation produit l'accélération respiratoire correspond exactement au point fixé par Christiani (1) dans le 3^e ventricule et par Ott aux ganglions de la base et considéré par ces auteurs comme un centre accélérateur.

Nous réservons notre jugement sur l'existence d'un pareil centre. Nous en dirons autant du centre décrit par Martin et Booker (2) dans les tubercules quadrijumeaux.

Ce centre accélérateur nous paraît correspondre au polypnæa décrit par Richet et Ott et dont ils ont mis en lumière l'importance thermostatique.

Les fibres qui desservent la fonction de phonation et dont l'excitation produit l'adduction des cordes vocales, se présentent, chez les carnivores, groupées au niveau, ou immédiatement en arrière du genou et peuvent aussi se montrer dans la partie postérieure de la capsule, si la section a porté plus bas. Chez le singe, elles sont concentrées en un petit faisceau occupant la partie postérieure de la capsule, au-

(1) *Zur Physiologie des Gehirns*. Berlin, 1885, p. 3.

(2) *Journ. of physiol.*, vol. I, p. 370., 1878-1879.

dessous des faisceaux destinés aux mouvements de la langue et de la gorge (Beevor et Horsley) (1).

L'excitation de ces faisceaux nous a toujours donné des effets bilatéraux. Ce résultat est corroboré par les constatations de Sherrington (2) qui a noté une dégénérescence bilatérale des faisceaux pyramidaux servant à cette fonction, à la suite de lésions corticales unilatérales.

CONCLUSIONS

La courte ébauche qui précède résume les résultats auxquels nous sommes parvenus jusqu'ici, relativement aux rapports qui existent entre le larynx et le système nerveux moteur. Nous tenons à répéter encore ici que ces rapports sont d'une double nature : respiratoire et phonatoire. Nous sommes persuadés que si, dans les lignes précédentes, nous avons tracé quelques-unes des voies les plus importantes, ou si l'on veut, des grandes routes le long desquelles les impulsions nerveuses descendent des centres supérieurs ou inférieurs vers le larynx, il existe, parallèlement à ces moyens de communication, de nombreux sentiers qui ne sont utilisés qu'occasionnellement et qui servent aux modifications nombreuses de la respiration et de la phonation combinées, telles que le rire, la toux, etc.

Nous pensons avoir suffisamment mis en lumière combien est compliqué, en réalité, ce sujet en apparence si simple, et combien les résultats expérimentaux sont de nature à être influencés par un grand nombre d'éléments extrinsèques tels que l'emploi des anesthésiques, l'espèce, l'âge, et les particularités individuelles des animaux en expérience ; aussi avons-nous à peine besoin de reconnaître, en terminant, que nos connaissances sur ces questions ont un caractère essentiellement progressif et nous déclarons-nous prêts à modifier nos vues pour les mettre en harmonie avec de nouveaux faits dont l'exactitude nous serait démontrée.

(1) *Philosophie. Transact.*, 1890.

(2) *Brit. med. Journ.*, 4 janvier, 1890.

CORNAGE ET ACCÈS DE SUFFOCATION CHEZ UN HYS-TÉRIQUE MALE. INTÉGRITÉ DU LARYNX, SPASME DE LA TRACHÉE. TRACHÉOTOMIE. GUÉRISON.

Par le **D^r Chaput**, chirurgien des hôpitaux (1).

G..., Émile, 26 ans, domestique, entre le 3 juillet 1890, à la Salpêtrière (où j'ai l'honneur de remplacer M. Terrillon), pour une affection laryngée dont il fait remonter le début au mois d'août 1885, peu de temps après son entrée au service militaire. Il raconte qu'un jour après une longue marche, ayant très chaud, il se mit les jambes dans l'eau froide. Presque aussitôt après il est pris d'enrouement et de toux. Le 27 août 1885, il entre pour ces motifs à l'hôpital militaire de Versailles où on lui fait subir des traitements variés : Vésicatoires au-devant du cou, iodure de potassium à l'intérieur, cautérisations laryngées au nitrate d'argent.

Au bout de deux mois de séjour, on l'envoie à Amélie-les-Bains où il se soumet à des pulvérisations et inhalations. Il y reste 55 jours et revient guéri.

Mais au bout d'un mois il est repris à nouveau d'enrouement, toux persistante et sueurs. Il rentre à l'hôpital et on le traite pour une bronchite chronique pour laquelle il est réformé le 30 avril 1886.

Il revient chez lui toujours un peu enroué. Cet état persiste sans aggravation notable jusqu'en 1890. Le malade n'est pas assez gêné pour ne pouvoir travailler et s'occuper.

Dans les premiers jours de janvier 1890 il prend l'influenza qui se manifeste chez lui par des déterminations thoraciques et qui persiste pendant deux mois et demi.

A ce moment la difficulté de respirer augmente et le cornage apparaît, l'expectoration devient plus abondante. Il survient parfois la nuit de véritables accès de suffocation.

Depuis lors cet état n'a fait qu'empirer.

État actuel. — Il s'agit d'un homme vigoureux, bien constitué. Il n'a d'ailleurs pas maigri depuis le début des accidents.

La voix est assez distincte, mais sourde et rauque. La respiration est

(1) Observation rédigée par les soins de M. Chibret, interne du service.

pénible et le malade fait entendre, surtout lorsqu'il respire un peu fort, un bruit de cornage très net. L'inspiration paraît surtout gênée.

Parfois et surtout la nuit, le patient est pris d'accès de suffocation : la face devient violacée et il chancelle, pris d'une sorte de vertige.

La déglutition est un peu difficile.

L'expectoration assez abondante, et exigeant quelques efforts, est muqueuse, sans aucun caractère.

On n'aperçoit rien d'anormal dans l'arrière-bouche ni dans le pharynx.

Le toucher digital ne donne non plus aucune sensation normale. Le doigt pénètre sans difficulté dans le vestibule du larynx en relevant l'épiglotte. (Anesthésie pharyngée et laryngée.)

L'examen laryngoscopique pratiqué le 11 juillet, par mon distingué confrère, le D^r Chauveau, fait constater l'intégrité absolue du larynx. Aucune rougeur, aucune saillie de la muqueuse, les cordes vocales se contractent normalement.

Par suite de l'éclairage insuffisant, on n'aperçoit guère la portion sous-glottique du larynx.

La palpation du larynx ne donne aucun renseignement.

Rien du côté du cœur ni des gros vaisseaux.

La percussion du thorax est normale dans tous les points.

A l'auscultation on remarque d'une manière générale que le murmure vésiculaire est affaibli, ce qui tient probablement à la gêne de la respiration.

Nulle part on ne perçoit de bruits anormaux.

Quelques douleurs au niveau des insertions thoraciques du diaphragme.

Rien de particulier à l'exploration du cou.

Sensibilité générale normale.

Anesthésie pharyngée très nette.

Réflexes rotuliens normaux, pas de signes de tabes.

Un peu d'inégalité pupillaire ; la pupille droite est plus contractée que la gauche.

Rétrécissement assez notable du champ visuel surtout à droite.

L'achromatopsie n'a pas été recherchée.

Pas de points hystérogènes.

Pas d'antécédents personnels nécropathiques.

Pas d'antécédents nerveux héréditaires.

Pas d'antécédents spécifiques.

Après cet examen très complet, je conclus au diagnostic de sténose trachéale d'origine indéterminée, peut-être syphi-

litique. La longue durée des accidents, leur marche régulière et progressive, jointes à l'intégrité du larynx m'autorisaient à porter ce diagnostic. L'anesthésie pharyngée pouvait s'expliquer par des explorations répétées ; quant au rétrécissement du champ visuel, c'était le seul stigmate hystérique ; ajoutons que l'hystérie et le rétrécissement de la trachée ne sont point incompatibles.

L'examen laryngoscopique ayant donné des renseignements insuffisants (du moins pour la trachée, faute d'éclairage convenable), et les accidents de suffocation se répétant d'une manière inquiétante je pris le parti d'intervenir, sachant d'ailleurs que mon incision pouvait fort bien n'être qu'exploratrice.

Je me décidai d'autant mieux que dans l'hypothèse d'accidents hystériques je comptais sur l'influence morale exercée par l'opération.

Le 12 juillet je fis la trachéotomie. Incision de la peau au bistouri. Section des parties molles au thermocautère jusqu'à la trachée. Incision de la trachée au bistouri. Les deux lèvres de la trachée sont saisies dans des pinces hémostatiques et écartées. Le petit doigt est introduit jusqu'à la partie inférieure de la trachée sans rien rencontrer d'anormal.

L'exploration du larynx par la même voie provoque une toux violente et un spasme intense qui comprime fortement mon doigt.

Après cette exploration négative je place une canule dans la trachée pour agir plus fortement sur l'esprit du malade.

La canule est d'ailleurs retirée le lendemain et la plaie se ferme sans incidents.

A partir de ce moment la respiration est redevenue normale et le malade n'a plus de cornage, il est donc absolument guéri de ses accidents.

Cette observation m'a paru intéressante en raison des incertitudes du diagnostic, qui n'a pu être établi d'une façon certaine que par le bistouri. Peut-être avec un éclairage intense aurait-on pu explorer la plus grande partie de la tra-

chée ; mais les accidents étaient menaçants, j'eus la main forcée et ne pus attendre cette exploration qui avait elle-même bien des chances de n'être pas absolument démonstrative. Quoi qu'il en soit, et j'insiste sur ce point, nous n'avons pas eu de surprises en constatant l'absence de sténose, et la chose avait été prévue comme possible.

L'opération nous a donné la certitude absolue du diagnostic, que seule elle pouvait nous donner, et de plus elle a guéri le malade. J'ai donc le droit de dire qu'elle était parfaitement justifiée.

Ce spasme isolé de la trachée sans paralysie du larynx est d'autre part tellement rare que je n'en connais point d'exemple semblable. C'est ce qui m'a décidé à faire connaître ce fait intéressant.

Mon excellent ami le D^r Luc m'a signalé une observation analogue de Landgraf parue dans le *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1890, p. 43.

Il s'agissait d'un homme de 31 ans qui présentait outre les symptômes d'une paralysie laryngée hystérique tous les symptômes d'une sténose trachéale ou bronchique (dyspnée, tirage, cornage) ; ces symptômes disparurent à la suite d'un cathétérisme de la trachée et de chacune des deux grosses bronches pratiqué à la faveur de la cocaïnisation du larynx et de la trachée.

Ils avaient d'ailleurs présenté des oscillations qui excluaient l'hypothèse d'une sténose organique. D'autre part le laryngoscope ayant montré le larynx parfaitement perméable, l'auteur conclut à un spasme des éléments musculaires trachéo-bronchiques qui aurait cédé à l'excitation locale produite par le cathétérisme.

Je ne me porte pas garant de l'exactitude du diagnostic posé par Landgraf ; mais j'ai pensé que ce fait méritait d'être rapproché du mien.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase. (Le sondage des cavités accessoires du nez), par le D^r HANSBERG de Dortmund, in *Monatschr. für Ohrenheilk.*, 1890, p. 3.

Ce travail basé sur l'examen de 80 crânes tend à présenter le cathétérisme des cavités annexes des fosses nasales comme plus facile qu'on l'admet généralement.

L'auteur s'occupe successivement du sinus maxillaire, du sinus frontal et du sphénoïdal. D'après ses recherches cadavériques, le cathétérisme de l'antre d'Highmore serait exécutable dans les deux tiers des cas, même en excluant les cas d'ozène où la spaciosité anormale des fosses nasales donne une facilité toute particulière pour les manœuvres à pratiquer à leur intérieur. Pour ce qui est du sinus maxillaire, l'auteur considère les difficultés plus ou moins grandes du cathétérisme de son orifice comme liées aux quatre particularités suivantes : 1^o disposition de l'hiatus semi-lunaire ; 2^o dimensions et situation du cornet moyen ; 3^o largeur du méat moyen ; 4^o présence d'un orifice accessoire.

Dans le cathétérisme du sinus maxillaire, l'auteur se propose seulement de faire pénétrer la sonde dans l'hiatus semi-lunaire, opération plus facilement exécutable que l'introduction de la sonde dans l'orifice même du sinus et donnant généralement des résultats suffisants.

Or cet hiatus est bien variable, au point de vue de ses dimensions : tantôt tellement étroit que la sonde la plus fine peut à peine s'y engager, il pourrait parfois (comme chez un sujet examiné par l'auteur) atteindre un diamètre transversal de 1 centimètre. Cette variété dans les dimensions de l'hiatus est liée elle-même aux variétés de forme et de grosseur de l'apophyse unciforme et de la bulle ethmoïdale qui en constituent les deux lèvres. En revanche la distance de l'hiatus au plancher des fosses nasales serait sujette à de faibles variations et n'exercerait par conséquent que peu d'influence sur les difficultés du cathétérisme. Pourtant, dans un cas dont le dessin est reproduit dans ce travail, l'hiatus naissait plus bas que de coutume, juste au-dessus du cornet inférieur et son trajet se rapprochait plus de la verticale que chez la grande majorité des sujets.

La présence du cornet moyen constitue le principal obstacle au cathé-

térisme de l'autre d'Highmore; aussi plusieurs auteurs avaient-il considéré son ablation comme la condition sine quâ non de cette opération. Hansberg pense que les difficultés créées par ce cornet sont loin d'être toujours les mêmes, en raison de la grande variabilité de sa forme et de ses dimensions. Il croit qu'en général on pourra se dispenser de recourir à son ablation.

Les dimensions du méat moyen considérées par Hansberg comme le 3^e détail pouvant influencer le cathétérisme du sinus maxillaire dépendent de la concavité plus ou moins grande de la paroi externe de la fosse nasale. Cette concavité est-elle très prononcée, le méat moyen est d'autant plus spacieux et, toutes choses égales d'ailleurs, la sonde s'y meut avec d'autant plus de facilité. Comme les auteurs qui l'ont précédé, Hansberg reconnaît que l'orifice accessoire du sinus maxillaire, quand il existe, se prête beaucoup mieux que l'orifice constant, en arrière et au-dessous duquel il est situé, à la pratique du cathétérisme.

Il a rencontré cet orifice dans la proportion de 1 fois sur 6 ou 7 sujets, plus fréquemment par conséquent que Zuckerkandl qui ne l'a trouvé que 1 fois sur 9 ou 10 cas.

Pour le cathétérisme de l'autre d'Highmore, Hansberg conseille l'emploi d'une sonde longue de 15 centimètres et offrant une épaisseur d'un demi ou d'un millimètre.

Son extrémité doit former avec le reste de la tige un angle de 110° sur une longueur de 6 millimètres au plus. A la faveur d'un bon éclairage et après cocaïnisation préalable de la muqueuse, l'instrument est introduit dans le nez, de manière que sa pointe (qui est boutonnée) soit dirigée en haut et conduite sans la moindre violence entre le cornet moyen et la paroi nasale externe. Quand la pointe de la sonde a atteint la partie moyenne du cornet, on la porte en dehors et l'on pénètre généralement sans difficulté dans l'hiatus. On est averti de la pénétration par la déviation d'environ 150° que fait à ce moment le manche de l'instrument, par la fixation consécutive de ce dernier et aussi par la sensation du bord tranchant de l'apophyse unciforme derrière laquelle la sonde se trouve accrochée.

L'auteur n'envisage ici que les services rendus par le cathétérisme du sinus maxillaire, au point de vue du diagnostic de l'empyème de cette cavité. Hansberg pense qu'en général l'évacuation complète du pus et le lavage radical du sinus par les voies naturelles seront difficilement réalisés, mais que pourtant la chose devra être tentée avant de recourir à des opérations chirurgicales proprement dites, surtout quand la présence d'un orifice accessoire permettra d'agir plus efficacement.

Passant au cathétérisme du sinus frontal, l'auteur reconnait que, dans plus de la moitié des cas, l'extrémité antérieure du cornet moyen masque l'orifice de cette cavité et devra être préalablement réséquée. Une autre difficulté est créée par ce fait que plusieurs des cellules ethmoïdales débouchent comme le sinus frontal dans l'hiatus semi-lunaire, en sorte que la sonde risquera de s'y engager, pour peu que l'on dirige son extrémité en dehors. Enfin le conduit qui précède le sinus frontal est sujet à de nombreuses variations dans sa direction et dans sa longueur. En général il présente une longueur de 12 millimètres et se dirige obliquement en haut et en avant avec une légère courbure.

Or son obliquité peut être exagérée en avant; dans d'autres cas au contraire, il se dirige obliquement en arrière, à tel point que, chez un sujet observé par l'auteur, il aboutissait dans le sinus à 10 millim. en arrière de sa paroi antérieure. D'autre part la longueur du trajet pourrait anormalement atteindre 20 millim.

Inversement l'auteur l'a vu manquer complètement. Sur deux préparations, le sinus frontal lui-même était absent.

Pour le cathétérisme, l'auteur conseille l'emploi d'une sonde boutonnée ayant de un demi à un millimètre d'épaisseur, dont l'extrémité, sur une longueur d'environ 3 centim., fait un angle de 125° avec le reste de la tige et regarde en avant par sa concavité. La portion coudée et recourbée de la sonde étant dirigée en haut, on la pousse entre la paroi externe de la fosse nasale et l'extrémité antérieure du cornet moyen, en la faisant cheminer obliquement en haut et en avant. Si l'instrument est arrêté par des obstacles, on le retire et l'on modifie l'obliquité de sa portion terminale. L'on sera averti du succès de l'opération par la direction de la sonde et sa pénétration dans la fosse nasale au-delà de cinq centim. à partir de l'orifice de la narine, cet orifice étant généralement distant de cette longueur, du plancher du sinus frontal.

Dans les cas où l'extrémité antérieure du cornet moyen constitue un obstacle insurmontable à l'opération, l'auteur conseille d'en pratiquer la résection, à l'aide du conchotome de Hartmann.

La dernière partie du travail de Hansberg est consacrée au cathétérisme du sinus sphénoïdal. Le plus souvent, l'auteur a trouvé l'orifice de cette cavité au fond du sillon dit : *recessus sphéno-éthmoïdal*, à une distance de 5 millim. de la cloison.

La difficulté variable que l'on éprouve à faire pénétrer une sonde dans cet orifice est liée à l'étroitesse également variable de la fente olfactive, dépendant elle même de la saillie plus ou moins grande du cornet moyen

vers la ligne médiane et de la situation de la cloison nasale par rapport au plan médian, vertical, antéro-postérieur. On emploiera pour le cathétérisme une sonde ayant 1 millimètre ou 1/2 millimètre d'épaisseur, 15 centimètres de long et recourbée vers son extrémité (qui est boutonnée), à la façon d'un cathéter destiné à la trompe.

La pointe de l'instrument étant dirigée en bas, on devra le pousser obliquement en haut et en arrière entre le cornet moyen et la cloison, jusqu'à ce que l'on vienne buter contre la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. Alors la pointe de la sonde étant légèrement portée en dehors s'engagera facilement dans l'orifice du sinus. L'auteur est d'avis, au cours de cette opération, de ne pas pousser la sonde suivant le prolongement du cornet moyen (comme le conseille Zuckerkandl), le plancher du sinus étant, d'après lui placé sur un niveau supérieur à celui du cornet.

La sonde étant une fois introduite dans la cavité sphénoïdale, pourra déceler une carie de ses parois. On tentera alors de pratiquer le lavage du sinus par son orifice naturel. Au besoin la résection d'une partie du cornet moyen serait indiquée pour faciliter cette manœuvre. Si enfin le simple lavage de la cavité ne donne pas de résultats satisfaisants, on ne devra pas hésiter (étant donnée la gravité de la carie de cette région) à ouvrir largement le sinus par la paroi antérieure, au moyen de la curette, par le procédé recommandé par Berger, Tyrmann et Schäffer.

Le travail de Hansberg se termine par les conclusions suivantes :

1^o Le cathétérisme des cavités accessoires des fosses nasales est indiqué dans un très grand nombre de cas.

2^o C'est un précieux élément de diagnostic et de thérapeutique, notamment à l'égard de l'empyème de ces cavités ;

3^o Il ne doit donc pas être négligé par les rhinologistes.

LUC.

Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. (L'ulcère perforant de la cloison nasale), par HAJEK de Vienne, in *Arch. de Virchow*. B. 120. H. 3. S. 497.

Cet important mémoire, enrichi de plusieurs planches, jette un grand jour sur la question si obscure des perforations de la cloison nasale, notamment au point de vue de leur pathogénie et des détails histologiques qui accompagnent leur formation. Sous le titre d'ulcère perforant de la cloison nasale, Hajek décrit un processus ulcératif se développant au niveau de la région cartilagineuse de la cloison, tendant à sa perforation et offrant des caractères anatomiques et cliniques nets, qui en font une en-

tité morbide complètement indépendante de la syphilis, de la tuberculose et du lupus.

Les recherches de l'auteur s'appuient sur 38 faits dont il détalque 5 cas de perforation de la cloison secondairement développés, deux, sous l'influence du typhus exanthématique ; un, sous l'influence de la syphilis ; le quatrième de nature carcinomateuse, le cinquième d'origine traumatique.

Comme nous l'avons dit plus haut, la région cartilagineuse de la cloison constitue le siège exclusif de ce processus ; mais il peut, secondairement, s'étendre à la région membraneuse ou à la région osseuse.

Il peut être unilatéral ou bilatéral. et dans ce dernier cas, les deux côtés sont simultanément ou successivement le siège de la lésion. Dans la grande majorité des cas, l'ulcère est rond ; lorsque, par exception, il est ovale, il présente son plus grand diamètre dans le sens antéro-postérieur.

Hajek divise l'évolution des lésions en 6 stades caractérisés : le premier, par une coloration grisâtre d'une portion superficielle de la muqueuse, formant une sorte de couenne, ou par l'ulcération superficielle de la muqueuse après la chute de cette couenne ; le 2^e par un ulcère net limité à la muqueuse, à bords tranchants, recouvert de débris de la couche couenneuse ; le 3^e par la dénudation du cartilage ; le 4^e par la perforation du cartilage ; le 5^e par la perforation complète de la cloison ; le 6^e par la perforation complète avec cicatrisation des bords.

Quand l'ulcère est bilatéral, il peut offrir un aspect différent d'un côté à l'autre ; par exemple, d'un côté, être limité à la muqueuse, tandis que de l'autre, le cartilage est dénudé. Quand la cicatrisation est produite, les bords se montrent si unis et toute trace de l'inflammation réactionnaire a si bien disparu que l'on s'explique l'opinion de certains auteurs qui ont prétendu voir dans ces perforations des lésions congénitales.

Lorsque l'ulcère a abouti à cette perforation qui semble sa terminaison naturelle la cicatrisation se produit spontanément.

Peut-elle avoir lieu avant que la perforation ait eu le temps de se produire ?

Hajek croit la chose possible, sans oser l'affirmer et cite à l'appui de cette terminaison problématique deux sujets chez lesquels il rencontra, d'un côté de la cloison, deux surfaces cicatricielles déprimées.

En général, on ne trouve, dans les fosses nasales qui présentent cette lésion, aucune lésion de voisinage. Dans trois cas pourtant, Weichselbaum constata, à côté de la perforation, des lésions tuberculeuses, mais sans que

la perforation elle-même parût être le résultat d'un processus tuberculeux. La coïncidence de l'ulcère perforant de la cloison avec des lésions tuberculeuses de n'importe quelles parties du corps serait d'ailleurs un fait fréquent d'après les observations de l'auteur et ce n'est pas là un des détails les moins curieux de l'histoire de cette maladie.

Weichselbaum avait rencontré l'ulcère perforant dans la proportion de 4 pour 100, Zuckerkandl, dans la proportion de 5,3 pour 100. Hajek a trouvé une fréquence moindre (1,4 sur 100).

Le plus jeune de ses malades avait 15 ans, le plus âgé 71 ans.

Les hommes formaient la majorité.

La plus grande partie du travail de l'auteur est consacrée à l'étude histologique des lésions.

La couenne nécrotique qui forme comme nous l'avons vu le premier stade du processus ulcératif est le résultat d'une mortification qui, débutant en un point de la muqueuse, s'étend ensuite à la fois en largeur et en profondeur, de façon à former un cône tronqué à base superficielle.

Quand on étudie au microscope les points en voie de mortification, on constate que les cellules épithéliales se gonflent tandis que leurs noyaux cessent d'être colorables.

Bientôt apparaît entre elles une substance fibrillaire non colorable, qui peu à peu se substitue à elles et au milieu de laquelle on observe parfois des points pigmentés qui seraient peut-être la trace d'hémorragies ayant servi de points de départ à l'ulcération. La même succession de lésions se produit dans le tissu sous-épithélial, notamment au niveau des cellules glandulaires, au fur et à mesure que l'eschare gagne en profondeur, mais, à la limite de celle-ci, s'observent des lésions différentes, caractéristiques d'une inflammation réactionnelle et consistant en une accumulation de cellules embryonnaires, particulièrement autour des vaisseaux qui se montrent distendus. Toutes les parties mortifiées et surtout celles qui sont en voie de mortification se montrent infiltrées de bactéries parmi lesquelles prédominent des cocci disposés en amas ou en chaînettes. On sait que le périchondre de la cloison n'est séparé de la couche glandulaire de la muqueuse que par une très mince couche de tissu, aussi, l'inflammation produite au-dessous de l'eschare de la muqueuse ne tarde-t-elle pas à déterminer une périchondrite qui s'étend au delà des limites de la mortification de la muqueuse et prépare la nécrose du cartilage. L'extension de la mortification au cartilage est caractérisée histologiquement par l'apparition, dans la substance intermédiaire aux capsules, de petites lacunes remplies de bactéries.

A la limite de la partie mortifiée, les capsules cartilagineuses prolifèrent et se transforment en cellules jeunes qui préparent le processus de cicatrisation.

Ce dernier s'opère par la formation de tissu conjonctif qui détermine la réunion des portions décollées de la muqueuse. Celle-ci se recouvre ensuite d'épithélium pavimenteux stratifié.

Le passage le plus intéressant du travail de Hajek nous paraît être celui qui a trait à la pathogénie de l'ulcère. L'auteur rejette nettement toute idée d'analogie entre l'affection qu'il décrit et les lésions syphilitiques ou tuberculeuses pouvant avoir le même siège. Il considère également cette affection comme complètement indépendante de la syphilis héréditaire. L'ulcère perforant simple se distinguerait des ulcérations syphilitiques par sa marche essentiellement chronique, sa limitation exacte à une certaine région de la cloison et sa tendance naturelle à la cicatrisation, une fois la perforation accomplie.

Il se distingue, d'autre part, des ulcérations tuberculeuses par cette même tendance à la limitation et à la cicatrisation et par l'absence d'infiltrations contenant les éléments spécifiques que l'on sait. D'autre part, Hajek n'a jamais constaté de modifications de la sensibilité sur les parties de la muqueuse avoisinant l'ulcère, et cela lui fait repousser l'hypothèse d'une origine névropathique de la maladie, admise par Rosenfeld.

En revanche, l'auteur se rallie à la théorie de Wechselbaum d'après laquelle il s'agirait ici d'une affection nécrosante *diphthérique*. Ce dernier terme demande une explication et l'auteur nous la donne en spécifiant qu'il entend le mot diphthérique non dans le sens de l'affection caractérisée par le bacille Klebs-Löffler, mais dans le sens plus large des affections déterminant des conennes par la mortification successive des tissus, de la surface vers la profondeur, par l'intermédiaire de bactéries. Ici, la bactérie spécifique serait non pas un bacille, mais un coccus disposé soit par petits groupes, soit en chaînettes.

L'auteur croit que dans le premier cas il s'agit du *staphylococcus pyogenes*, et dans le second du *streptocoque pyogène*. Il rappelle, à titre d'argument, que E. Fränkel a trouvé, le premier, de ces cocci dans les ulcérations typhoïdes et que le second a été constaté par Fränkel dans une affection couenneuse de la gorge suivie d'infection générale et par Baumgartner et Fränkel dans l'endométrite pseudo-membraneuse puerpérale. Les cocci seraient les agents actifs du processus ulcéreux. Mais, comment pénètrent-ils dans l'épaisseur des tissus ?

L'auteur énumère les dispositions anatomiques normales qui semblent

prédisposer tout spécialement la région en question à cette pénétration. Il rappelle que la présence de ces cocci dans les fosses nasales, à l'état normal, a été signalée par E. Fränkel, par Netter, par Besser et par lui-même. La muqueuse de la région en question possède des glandes dont les orifices visibles à l'œil nu servent peut être de porte d'entrée aux germes infectieux, mais Hajek rappelant la fréquence des érosions suivies de petites hémorragies, à ce niveau, tend à admettre avec Vololini que ce pourrait être là la lésion primitive et occasionnelle de la maladie. Il reconnaît toutefois que les faits d'ulcère perforant sont bien moins fréquents que les érosions en question et qu'il faut admettre par conséquent, à côté de cette cause occasionnelle, une cause prédisposante qui lui a paru être la tuberculose chez un certain nombre de ses malades, mais qui nous est inconnue dans la majorité des cas.

Tels sont les points essentiels de ce travail que nous avons cru devoir analyser avec quelques développements insolites en raison du grand intérêt qu'il nous a paru présenter.

LUC.

Die Lähmungender Kehlkopf musculatur im Verlaufe der Tabes dorsalis. (Les paralysies des muscles du larynx dans le cours du tabes dorsal), par le Dr ROBERT DREYFUSS, in *Virchow's Archiv. für path. Anat.*, etc. 120 Band, 1890.

Dans ce travail qui peut être considéré comme une revue critique de la question, l'auteur a rassemblé et rapidement résumé toutes les observations publiées jusqu'ici sur ce sujet. Ces observations peuvent se décomposer de la façon suivante : 20 cas de paralysie double des dilateurs de la glotte ; 4 cas de paralysie limitée à l'un de ces muscles ; 1 cas de paralysie récurrentielle complète, double ; enfin 4 faits de paralysie récurrentielle unilatérale.

L'auteur insiste sur la rareté relative des paralysies laryngées dans le cours de l'ataxie. Lui-même, sur 22 ataxiques, n'a observé que deux cas de paralysie laryngée. A ce point de vue il reconnaît être en désaccord avec les assertions de Fano et de Krause. Le premier de ces auteurs aurait effectivement observé 10 faits de parésie des adducteurs sur un total de 36 ataxiques ; quatre fois il aurait constaté l'immobilité d'une corde vocale et huit fois une diminution du mouvement d'abduction des cordes. Il aurait, en outre, observé chez 30 de ses malades une diminution de la sensibilité du voile du palais et du pharynx et 9 fois du larynx. Enfin, il aurait rencontré dans 5 cas un abaissement de l'épiglotte, tenant à la parésie des faisceaux musculaires élévateurs de cet opercule.

Krause de son côté, sur 38 faits de tabes, aurait noté 13 fois des symptômes parétiques ou paralytiques, présentant cette particularité de paraître et de disparaître à plusieurs reprises. On ne peut s'empêcher d'être surpris des résultats tout différents auxquels Dreyfuss a été conduit par ses recherches. En effet, les deux seuls malades qui, sur un total de 22, révélèrent, à l'examen laryngoscopique des signes de parésie laryngée, n'éprouvaient subjectivement aucun trouble de la respiration ni de la phonation. Ils ne présentaient d'autre part aucun trouble de la sensibilité pharyngo-laryngée et l'épiglotte n'était pas abaissée sur l'ouverture du larynx. Chez tous deux existait un commencement de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

En présence de cette contradiction, Dreyfuss suppose que Fano a eu le tort de considérer comme des troubles nerveux tabétiques des désordres légers de la motilité et de la sensibilité n'offrant avec le tabes que des rapports de coïncidence fortuite. Il critique également l'interprétation de Krause relative à certains troubles de la motilité des cordes vocales observés par lui chez plusieurs tabétiques. Il pourrait s'agir tout simplement d'après lui, de ces mouvements spasmodiques des cordes vocales tels qu'en présentent souvent les malades tant soit peu nerveux, à un premier examen laryngoscopique.

Dreyfuss étudie aussi la question de la prétendue ataxie des muscles laryngés telle qu'elle a été décrite par Krause en Allemagne et Féréol en France. D'après lui il n'existe d'ataxie ni des abducteurs, ni des adducteurs de la glotte qui soit assimilable à l'ataxie caractéristique du tabes. En effet, les troubles laryngés décrits par les deux auteurs précédents, essentiellement transitoires et paroxystiques diffèrent radicalement des troubles de la coordination des mouvements propres au tabes qui surviennent invariablement à toute tentative de mouvement. A plus forte raison ne saurait-on admettre, d'après l'auteur, d'ataxie pour l'abduction des cordes vocales, puisque cette fonction est confiée à un seul muscle et que l'ataxie implique le désordre de tout un groupe musculaire.

Une autre question discutée par l'auteur est celle, si controversée du rôle respectif des différents muscles du larynx dans la production du syndrome caractérisé par le défaut d'écartement des cordes vocales, au moment de l'inspiration. S'agit-il d'une contracture primitive des adducteurs, comme le veut Krause, ou bien la paralysie des abducteurs constitue-t-elle la lésion primordiale? Dreyfuss se montre partisan de la seconde interprétation, et contre la première hypothèse il invoque plusieurs arguments.

1° On observe souvent chez les tabétiques, en même temps que le défaut d'abduction inspiratoire des cordes vocales, des paralysies indiscutables de muscles innervés par d'autres nerfs crâniens (paralysie oculaire). Pourquoi les noyaux du vague et du spinal feraient-ils exception à la loi commune? 2° l'auteur insiste sur l'accélération du pouls observé chez plusieurs tabétiques atteints de troubles laryngés et qui tendrait à faire admettre une paralysie du nerf vague; 3° dans un cas rapporté par Landgraf il existait une paralysie incontestable des muscles, innervés par le spinal (sterno-cléido-mastoïdien et trapèze). Faut-il donc admettre une paralysie du rameau externe coïncidant avec une irritation permanente du rameau interne; 4° il cite une autopsie où l'on trouva une atrophie limitée aux dilatateurs avec intégrité des autres muscles laryngés; 5° une contracture irritative persistant des années serait inconnue en neuropathologie (l'auteur semble oublier les contractures hystériques!).

La seule hypothèse qui lui semble ne pouvoir être ni réfutée ni prouvée est celle d'une contracture primitive et transitoire des adducteurs, entraînant au bout de quelque temps l'atrophie des dilatateurs condamnés à l'inactivité.

L'auteur termine son travail par quelques considérations générales sur les parties laryngées des tabétiques notamment sur leur époque d'apparition, sur leurs rapports de coïncidence avec les crises laryngées et sur leur curabilité.

A propos de ce dernier point, Dreyfuss refuse à la cocaïne préconisée par quelques auteurs une autre efficacité que des effets purement transitoires. L'iodure de potassium devra être essayé chez les syphilitiques, car, bien que ces paralysies paraissent plus tenaces que celles des muscles oculaires, il existe des exemples de guérison ou d'amélioration, par la médication iodurée (faits de Fournier et de Ziegelmeyer) qui, malgré leur infime proportion ne doivent pas être dédaignés.

Le travail de Dreyfuss est suivi d'un index bibliographique très complet auquel nous renvoyons les lecteurs désireux de prendre connaissance de l'histoire de la question.

LUC.

Paralysies laryngées syphilitiques, par PAUL TISSIER. *Ann. des malad. de l'or*, etc., 1890, n° 6, p. 370.

Dans ce travail, l'auteur passe en revue les modes divers par lesquels la syphilis peut compromettre la motilité des cordes vocales. D'après lui, cette maladie mériterait d'occuper le premier rang parmi tous les processus susceptibles d'amener le développement de laryngoplogies, surtout si

l'on admet qu'elle joue un rôle dans la production de certains anévrysmes de l'aorte. Il insiste sur ce fait que les paralysies en question n'ont rien de bien spécial, étant soumises aux hasards des localisations spécifiques.

L'auteur s'efforce de classer les paralysies laryngées syphilitiques d'après leur siège : c'est ainsi qu'il étudie successivement les lésions des muscles du larynx, celles du tronc du récurrent, celles du tronc du nerf vague, celles des racines du nerf vague et du spinal, celles des noyaux bulbaires de ces derniers nerfs et enfin les lésions cérébrales proprement dites.

Comme la plupart des classifications en pathologie, celle-ci est assurément quelque peu théorique ; les divers groupes sont loin d'avoir la même importance clinique et l'on sent que l'auteur éprouve quelque difficulté pour trouver des observations à l'appui de quelques uns d'entre eux.

Néanmoins il faut reconnaître qu'elle est conforme aux données de l'anatomie et de la physiologie et parfaitement rationnelle. A propos des paralysies myopathiques Tissier cite des faits de lésions musculaires gommeuses. En cas de parésie des cordes vocales survenant dans le cours de la syphilis secondaire, il tend à substituer à la loi de Stokes l'hypothèse de lésions musculaires par infiltration de voisinage. Dans le chapitre consacré aux paralysies récurrentielles, Tissier distingue deux formes cliniques : 1° la paralysie récurrentielle totale unilatérale, siégeant presque toujours à gauche, caractérisée subjectivement par le caractère bitonal de la voix et objectivement par l'immobilité de la corde vocale en position d'abduction 2° la sténose neuropathique permanente de la glotte (paralysie des dilateurs de la glotte).

Cette forme caractérisée par l'adduction permanente des cordes pourrait résulter d'après les observations de Bäumlér et de Johnson d'une lésion unilatérale et l'auteur repoussant les diverses hypothèses émises avant lui pour expliquer ce syndrome l'attribue à la diminution du tonus respiratoire au niveau de la glotte, hypothèse déjà présentée par l'auteur dans son livre en collaboration avec Gouguenheim sur la phtisie laryngée. Le chapitre suivant est consacré aux paralysies par lésions du tronc du pneumogastrique et par lésions des racines du pneumogastrique et du spinal. Tissier cite à ce sujet un fait rapporté par Morel Mackenzie et dans lequel on trouva une paralysie récurrentielle totale de la corde vocale gauche et, à l'autopsie, des lésions méningées syphilitiques, occupant la base du cerveau et englobant les racines des deux nerfs en question. L'auteur s'occupe ensuite des paralysies d'origine bulbaire et cite à ce sujet quelques faits de paralysie d'une corde vocale, coïncidant avec une

hémiatrophie du même côté de la langue. Notre collègue Ruault a rapporté l'an dernier, dans les Archives de laryngologie, un fait de cet ordre qui aurait pu trouver sa place ici.

Dans la partie de son travail consacrée aux paralysies d'origine centrale, Tissier se montre partisan de l'hypothèse de deux centres, l'un présidant aux fonctions laryngées de relation (celui indiqué par Krause, Rebillard, Garel et enfin par Semon et Horsley), l'autre, correspondant à la fonction respiratoire mais dont le siège reste indéterminé. La question de l'hystéro-syphilis, comme cause possible de paralysie laryngée est simplement effleurée dans un court paragraphe. Les dernières lignes du travail de Tissier sont consacrées au diagnostic, au pronostic et au traitement.

LUC.

Consideraciones sobre el diagnostico de las manifestaciones faringo-laringeas de la siphilis terciaria. (Considérations sur le diagnostic des manifestations pharyngo-laryngées de la syphilis tertiaire), par le Dr JOSÉ ROQUER Y CASADESUS, in *Revista de Laryngologia*, etc., juin 1890.

Dans cet article, l'auteur s'appuie sur plusieurs observations tirées de sa pratique personnelle pour mettre en évidence la difficulté ou l'impossibilité complète que l'on éprouve souvent, en face d'une manifestation pharyngo-laryngée de la syphilis tertiaire, d'acquérir quelque renseignement sur les accidents primitifs, d'où il conclut à la nécessité d'un diagnostic basé sur les caractères objectifs des lésions ou sur l'exclusion de lésions d'une autre nature, ou encore sur l'épreuve du traitement spécifique.

LUC.

Ueber Verkrümmung der Wirbelsänle bei obstruirenden Nasenleiden.

De l'incurvation de la colonne vertébrale consécutive aux obstructions nasales, par ZIEM de Danzig. *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, etc., 1890, n° 5.

Ziem nous dit s'être décidé à exhumer ce travail qui reposait depuis plusieurs années dans ses cartons, à l'occasion d'une récente publication du Dr Redard de Paris sur le même sujet.

Une planche annexée au texte nous montre les déformations osseuses produites sur la colonne vertébrale et le thorax d'un jeune lapin sacrifié huit semaines après l'occlusion artificielle de l'une des narines par suture de ses bords. Nous y constatons une scoliose de la colonne cervicale et une incurvation compensatrice des autres parties de la colonne vertébrale.

On note en outre un aplatissement de la moitié correspondante de la cage thoracique.

Ziem rapproche de ce fait expérimental le cas d'une jeune fille chez laquelle se montrèrent des incurvations vertébrales et thoraciques, plusieurs années après un traumatisme du nez qui avait occasionné une forte déviation de la cloison nasale.

Pour expliquer ces faits, Ziem rappelle les expériences de Lesshaft de Pétersbourg, consistant à créer artificiellement des scoliozes chez des poules et des lapins, en maintenant de petits poids sur un côté de la tête de ces animaux. L'oblitération de l'une des fosses nasales aboutirait au même résultat en contrariant le développement de la moitié correspondante de la face et en laissant par conséquent au côté opposé une prépondérance de poids.

LUC.

Dritter Beitrag zur kenntniss der Aphonia spastica. (Troisième contribution à l'étude de l'aphonie hystérique), par le Dr G. JONQUIÈRE, de Berne, in *Monatsschr. für Ohrenheilk.*, 1890, p. 177.

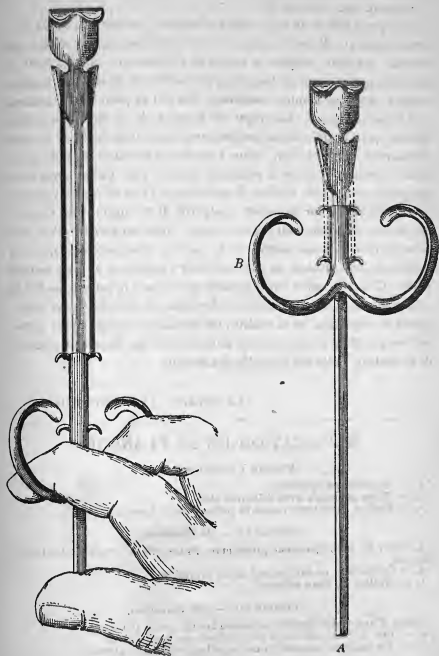
L'auteur rapporte le cas d'une jeune fille de 16 ans présentant tous les signes objectifs et suggestifs d'une aphonie hystérique, chez laquelle il obtint le retour de la voix par la compression des ovaires. Ce procédé ayant réussi chez d'autres de ses malades, il conseille de l'employer comme une méthode courante. Il ne s'agirait pas là, d'après lui, d'une simple suggestion : en effet plusieurs de ses malades chez lesquelles l'aphonie avait reparu réussissaient à la faire disparaître de nouveau en se comprimant elles-mêmes les ovaires.

LUC.

Gaumenhalter mit elastischem Zug. (Crochet palatin à traction élastique), par le Dr HOPMAN, de Cologne, in *Monatsschr. für Ohrenheilk.*, 1890, p. 139.

Cet ingénieux instrument appartient à la catégorie des crochets palatins automatiques. Comme l'instrument de Barth, il se compose de 2 parties mobiles l'une sur l'autre, dont l'une est destinée à accrocher le voile du palais, tandis que l'autre s'appuie sur la lèvre antérieure du malade ; mais ici l'écartement des deux parties mobiles est limité non par un pas de vis, mais au moyen de deux liens élastiques. Il résulte de cette disposition que le voile du palais est soumis à une traction moins brutale qu'avec les autres appareils et laissant un certain jeu à sa contractilité ; en outre, étant construit en aluminium, il présente une légèreté (9 gr. 1/2)

qui contribue grandement à le rendre tolérable : enfin il est d'un manie-
ment plus facile et plus rapide que les appareils à vis (1). Luc.



(1) Chez Kühne, Sievers et Neumann, à Cologne, 103, Hohestrasse, au prix de 8 marcks (10 francs).

Uncas de mutisme hystérique. — Guérison par suggestion pendant le sommeil hypnotique, par CHARAZAC (de Toulouse), in *Rev. de laryng. etc.*, 1890, n° 15.

Une jeune fille de 18 ans, avale par mégarde une aiguille. Aucun accident immédiat : 25 jours après, à la suite d'un mouvement violent, elle ressent une forte douleur au niveau de l'hypocondre gauche. Perte de connaissance au sortir de laquelle la jeune fille est muette. Au laryngoscope le larynx se montre absolument normal au point de vue anatomique et physiologique. Interrogée sur la cause de sa mutité, la malade affirme que l'aiguille avalée quelque temps auparavant est logée au point douloureux, qu'elle la sent, et que c'est elle qui lui coupe la parole. Après avoir vainement tenté de la persuader qu'elle peut parler, après avoir également essayé sans résultat la suggestion à l'état de veille, Charazac se décide à endormir la malade : cela fait, il lui suggère que l'aiguille est enlevée et qu'elle doit pouvoir parler. Après un premier échec, une seconde tentative est couronnée de succès. Quelque temps après, la malade revient, prétend de nouveau sentir l'aiguille et ne plus pouvoir parler. Cette fois, après avoir endormi de nouveau la malade, on fait au point douloureux une injection hypodermique de morphine pour déterminer la disparition de la douleur. On constate au réveil que la parole est revenue et en même temps la malade accuse une disparition complète de la douleur. Cette fois le résultat est définitif.

LUC.

Le gérant : G. STEINHEIL.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

FIGURE I — 50 diamètres.

- a. — Revêtement épithélial.
- b. — Tissu adénoïde avec follicules clos.
- c. — Région vasculaire, centre et pédicule de la tumeur.

FIGURE II. — 20 diamètres.

Le bord de la préparation précédente. Fragment de coupe traitée par le pinceau.

- a. — Epithélium de revêtement à cils vibratiles.
- b. — Mailles du tissu adénoïde.

FIGURE III. — 200 diamètres.

Coupe d'une vieille tumeur adénoïde traitée par le pinceau.

- a. — Ilot de tissu adénoïde avec culs-de-sac glandulaires.
- b. — Un vaisseau entouré d'une large bande de tissu fibreux.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

Fig. 1.

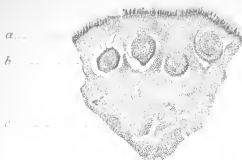


Fig. 2.

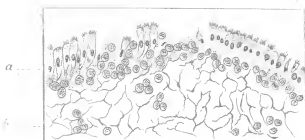
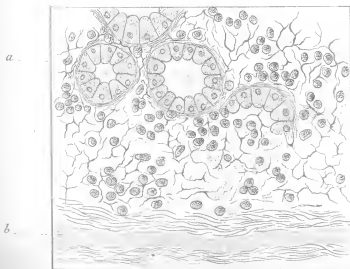


Fig. 3.





ARCHIVES

LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE

ET DES

MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SYPHILIS DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

Par le professeur **Schroetter**, de Vienne. Communication faite au congrès de Berlin, août 1890. (Traduit par le Dr LUC.)

Mon intention, en traitant ce sujet, est de me borner à faire ressortir les points spéciaux qui, dans ces derniers temps, ont été l'objet d'une certaine unanimité de vues et d'autre part aussi ceux qui sont encore en litige.

Ainsi les avis sont encore très partagés relativement au degré de fréquence des manifestations secondaires de la syphilis dans les voies aériennes supérieures, malgré l'appui important fourni à nos connaissances par le miroir laryngoscopique.

Ces différences s'expliquent d'une part par les difficultés inhérentes au diagnostic précoce des lésions syphilitiques secondaires, d'autre part par le vaste champ libre offert à l'interprétation du clinicien lorsqu'il doit apprécier si certaines modifications légères (rougeur, etc.) sont encore du domaine de la physiologie ou appartiennent déjà à la pathologie.

Pour résoudre ces problèmes de statistique j'ai utilisé non seulement les ressources qui m'étaient offertes par les malades du dispensaire et de la clinique pour les affections de la gorge, mais encore celles de la section des syphilitiques.

Parmi les malades de la clinique des affections de la gorge, (où les maladies du larynx figurent en plus grand nombre que celles du pharynx), il y eût de 1879 à 1889 inclusivement, sur un total de 1465 patients, une proportion de :

17			cas d'affections limitées au nez.
82	—	—	au pharynx.
94	—	—	au larynx.
3	—	—	aux voies aériennes.
7			d'affections communes au nez et au naso-pharynx.
1	—	—	au nez et au larynx.
44	—	—	au pharynx et au larynx.
1	—	—	au nez, au pharynx et au larynx.
1	—	—	au pharynx, au larynx et aux voies aériennes.

Dans le dispensaire, la syphilis figurait dans la proportion de 2 pour 100, avec prédominance de la localisation bucco-pharyngée.

Un exemple montrera bien à quel point les résultats de la statistique sont susceptibles de varier d'une époque à une autre : en effet nous constatons dans une statistique antérieure portant sur un intervalle de 11 années et reposant sur un total de 21,044 cas, une proportion de 4 1/2 pour 100 des affections syphilitiques et dans une autre portant sur les 11 dernières années, avec un total de 43,055 malades, nous retrouvons la proportion de 2 pour 100.

A la suite d'un examen de tous les malades syphilitiques de la section du professeur Lang, pratiqué par mon collègue suppléant le D^r Koritschoner qui eut soin de me faire contrôler tous les cas douteux, nous avons trouvé une proportion de 36,6 malades sur 100 présentant des localisations dans

les voies aériennes supérieures (cavité bucco-pharyngée comprise).

La profession semble sans influence sur le développement des lésions. L'âge le plus fréquemment constaté est compris entre la 14^e et la 28^e année. En général les manifestations se montrèrent quelques semaines après l'accident primitif, en compagnie d'une éruption papuleuse de même nature. La localisation la plus fréquente paraît être la cavité bucco-pharyngée. La proportion de cette dernière localisation est grossie dans une certaine mesure par les quelques faits d'accidents primitifs qui peuvent occuper le même siège. Ces derniers se présentent de préférence sur les amygdales où ils se développent soit consécutivement à un coït contre nature, ou par l'usage d'ustensiles malpropres. Moi-même, j'ai eu l'occasion d'observer deux faits semblables. A côté des autres symptômes connus figure toujours la dysphagie douloureuse qui mérite d'être soigneusement indiquée, en raison de l'indolence propre aux autres lésions syphilitiques. Il faut aussi avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de la contamination par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. J'en ai vu moi-même un exemple chez une institutrice âgée de 28 ans. Burow et Ricord ont vu des faits semblables.

Pour la différenciation de ces lésions d'avec des manifestations tuberculeuses, l'examen bactériologique fournira les éléments d'une solution catégorique du problème.

Les ulcérations peuvent être la conséquence de la fonte nécrotique des papules, mais, le plus souvent, elles résultent du ramollissement d'infiltrations diffuses. Le malade présentait, depuis peu de temps, des douleurs, de la dysphagie ou une légère rougeur et l'on n'est pas peu surpris de découvrir déjà une ulcération étendue. Heureusement ces ulcérations n'ont pas une tendance bien prononcée à s'étendre en profondeur. Dans des cas très exceptionnels seulement, le processus gagne l'os ou peut même mettre à nu la moelle épinière. Ici, il faut tenir compte de la possi-

bilité de la syphilis héréditaire. Une intervention précoce prévient de pareils dégâts. Plus souvent, d'ailleurs, le travail destructif s'exerce sur la voûte palatine, aboutissant à la mise en communication des fosses nasales avec la bouche.

Il est à noter que le rhinosclérome peut, d'après mon expérience, aboutir à la formation d'ulcérations dans la cavité bucco-pharyngée.

Les cicatrices consécutives se montrent plus ou moins superficielles ou profondes, elles sont blanches, brillantes, souvent rayonnantes. Dans la partie inférieure du pharynx, il est rare que ce processus aboutisse à une sténose considérable. On observe plus fréquemment une oblitération de la cavité naso-pharyngienne.

Voici une préparation concernant un fait de ce genre. Le traitement institué a consisté en cautérisations fréquentes avec la potasse caustique, le galvano-cautère, etc. Or de pareils moyens ne pouvaient aboutir qu'à la production d'éperres de substance auxquelles succèdent des cicatrices douées d'un fort pouvoir de rétraction. On obtient des résultats bien préférables au moyen de la dilatation mécanique et méthodique, surtout avec les tubes de caoutchouc durci dont la forme doit correspondre à chaque cas particulier. On peut naturellement abréger la durée de ce traitement, en le combinant avec d'autres méthodes (cautérisations ou autres).

Autrefois il arriva certainement bien fréquemment que les cicatrices consécutives au rhinosclérome, furent prises pour des lésions syphilitiques. Ce processus débute généralement au niveau du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx. Indépendamment des symptômes propres à cette affection, on tirera des renseignements décisifs de l'examen microscopique et bactériologique.

Quant à la difficulté de distinguer des lésions érythémateuses ou catarrhales, et d'utiliser ces différenciations pour le diagnostic de la syphilis, je ne puis que répéter ici ce que j'ai déjà dit pour le pharynx.

L'apparition de macules syphilitiques doit certainement

être rangée parmi les lésions les plus exceptionnelles. Dans ma pratique, je n'en ai jamais observé un seul fait. D'autres auteurs émérites sont dans le même cas. On est donc en droit de s'étonner que Pollak ait pu en citer 11 faits tirés du service du professeur Jancowsky à Prague.

Aujourd'hui, personne ne met en doute la possibilité du développement de condylomes acuminés dans le larynx. Leur présence dans cette cavité nous est d'ailleurs expliquée par le travail de B. Fränkel établissant la présence dans le larynx des régions papillaires, beaucoup plus nombreuses qu'on ne le soupçonnait auparavant. D'ailleurs, le condylome n'apparaît pas seulement dans les périodes initiales; il se montre aussi plus tardivement. Je n'ai pas de notions personnelles sur la possibilité de leur exulcération.

Il n'est pas non plus douteux que des papules puissent se présenter dans le larynx. Les grandes divergences d'opinion sur ce sujet pourraient bien tenir à ce que des auteurs différents ont observé ces lésions à une époque variable de l'évolution de la maladie et ont pu les confondre avec d'autres manifestations.

On est généralement d'accord pour admettre que les formes graves de la syphilis peuvent se montrer (dans les organes dont nous nous occupons), tant sous l'aspect de lésions diffuses, étendues, que sous celui de nodosités circonscrites (gommes).

Les formes diffuses ne pourraient être confondues qu'avec la tuberculose, le carcinome ou la lèpre. Pourtant ces dernières affections apparaissent bien rarement dans le larynx sous cette forme, bien que j'en aie observé quelques exemples. Je vous présente une préparation de lésions lépreuses affectant la disposition en question. En tenant compte de tous les éléments de diagnostic, on peut dire qu'il sera toujours facile de distinguer ce dernier processus.

Pour ce qui est du siège des nodosités gommeuses, il règne une unanimité générale. Quant à la teinte jaunâtre de leur surface, elle n'est aucunement propre à la syphilis, car elle

se montre aussi dans les lésions inflammatoires et dans différentes néoplasies.

D'autre part, en présence de nodosités parfois assez acuminées qui, de la paroi postérieure du larynx, proéminent dans sa cavité et qui, avec leur sommet exulcéré, ressemblent à des cônes tronqués, on pourra facilement hésiter entre des interprétations différentes.

Les ulcérations peuvent se produire : 1) sous forme d'érosions superficielles à la suite d'un catarrhe ; 2) consécutivement à des papules ; 3) par suite du ramollissement des infiltrats ou des gommes ; 4) après l'ouverture d'abcès péri-chondritiques ; le plus souvent ces ulcérations surviennent sur les vraies cordes vocales, puis viennent par ordre de fréquence : l'épiglotte, les aryténoïdes, enfin la face antérieure de la paroi postérieure du larynx.

La périchondrite, l'un des accidents les plus importants de la pathologie laryngée se montre le plus souvent sur le cartilage aryténoïde, puis viennent l'épiglotte, le cricoïde, enfin le thyroïde. Cet ordre de fréquence est également accepté par Lecoin.

Mais je ne puis partager l'opinion de cet auteur, relativement à l'indolence de la périchondrite qu'il considère comme un symptôme de cette lésion. La dysphagie est même fréquemment observée.

La suppuration ne constitue pas la terminaison fatale de ce processus : souvent il se produit un exsudat épais qui peut se résorber ou aboutir à un épaissement permanent des tissus. C'est ainsi que peut se produire l'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Les cicatrices se développent à la suite des modifications précédemment décrites. Un intérêt particulier s'attache à celles qui peuvent compromettre la phonation et la respiration.

Il faut distinguer la simple soudure des cordes vocales, des cas dans lesquels la sténose est produite par la forma-

tion d'une membrane. Il existe un assez grand nombre d'observations de soudure complète des cordes vocales.

Rompre la cicatrice n'est pas difficile, la difficulté consiste à prévenir le retour de l'adhésion. C'est ici que la méthode d'introduction de tubes en caoutchouc durci constitue le moyen souverain.

Même en cas de soudure complète des cordes vocales, je suis parvenu, après un cathétérisme soigneux de l'organe par en haut, rendu possible à la suite de la création d'un trajet fistuleux de bas en haut, je suis parvenu, dis-je, à perforer le tissu cicatriciel et à introduire successivement, à travers l'ouverture obtenue, d'abord un fil de soie, puis une corde de violon épaisse, puis un drain de plomb, enfin des tuyaux de caoutchouc durci et à rétablir une cavité laryngée si remarquablement bien constituée que personne n'aurait pu supposer les modifications qu'elle avait subies. Même la phonation était rendue possible, grâce à la formation de deux plis latéraux reproduisant les cordes vocales. Relativement à la technique opératoire il est important de distinguer les cicatrices égales dans toute leur longueur de celles qui vont en s'épaississant en avant. Les premières seront sectionnées plus près de l'angle antérieur, les secondes, au contraire, dans leur portion postérieure; après quoi, l'introduction de tubes en caoutchouc s'effectuera facilement.

Pour ce qui est de la trachée, nous avons tout particulièrement à considérer l'infiltration et la formation de gommès. La première forme est rare. La seconde est plus fréquente; grâce à une médication appropriée, elle se laisse souvent guérir, ce dont nous pouvons directement nous convaincre par l'examen laryngoscopique; mais il n'est pas rare non plus qu'il se forme des ulcérations profondes, aboutissant ultérieurement au développement de cicatrices rayonnées, tendant plus ou moins à produire la sténose.

Lorsqu'au-dessous de ces cicatrices existe un certain degré de rétraction, des mucosités desséchées peuvent s'accumuler

dans les parties étroites, donnant lieu à de graves accès de suffocation.

On peut explorer ces rétrécissements au moyen des bougies à empreinte proposées par moi, grâce auxquelles on obtient un moulage du trajet. Dans un cas, j'ai réussi par l'introduction de ces bougies à supprimer une sténose existant depuis longtemps, le tissu cicatriciel ayant été apparemment dilacéré par elles.

Les sténoses bronchiques d'origine syphilitique sont fort rares, au point que je n'en ai observé que deux cas parmi les nombreux malades de ma pratique. Dans un de ces cas, je me suis livré à des tentatives de dilatation des bronches au moyen de l'instrument spécial proposé par moi (1) et j'ai réussi à procurer au malade un soulagement considérable.

Je dois encore signaler l'influence moins directe que la syphilis peut exercer sur les voies aériennes sous forme de troubles moteurs. Au point de vue de la fréquence des localisations nerveuses, mon expérience me porterait à placer en première ligne les noyaux d'origine des nerfs, puis leur trajet intracrânien, enfin les troncs périphériques. Les lésions des ganglions péribronchiques généralement considérées comme une cause fréquente de paralysie des récurrents me paraissent beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'admet.

Nous devons enfin signaler ici les faits plus rares encore d'inflammation chronique du tissu cellulaire péritrachéal et péribronchique susceptible d'exercer une action compressive tant sur les troncs nerveux que sur les parois des conduits respiratoires.

J'arrive aux lésions nasales.

(1) Cet instrument montré par Schrötter au congrès de Berlin se compose d'une tige creuse métallique, coudée de façon à pouvoir être introduite jusque dans la trachée et de l'extrémité inférieure de laquelle on peut faire saillir une bougie en caoutchouc durci, obliquement en bas et à gauche, ou en bas et à droite suivant qu'il s'agit de la bronche gauche ou de la droite. (Note du traducteur.)

Le catarrhe (spécifique) du nez, peut être caractérisé par une sécrétion sèche, ou ténue et abondante, ou encore par un écoulement purulent. La muqueuse est affectée à un degré variable; souvent aussi le tissu sous-muqueux participe aux lésions. Il importe d'insister sur ce fait qu'une fétidité objective peut être le résultat d'une affection purement catarrhale sans lésions destructives profondes, la sécrétion étant primitivement fétide ou subissant une décomposition secondaire.

Les papules se montrent plus fréquemment dans la région antérieure des fosses nasales qu'au voisinage des choanes. En revanche, nous n'avons aucune notion sur les lésions de la région intermédiaire. Le ramollissement de ces papules peut aboutir à la production d'ulcérations, mais ces dernières sont le plus souvent la conséquence de la fonte d'infiltrats ou de gomme.

Les gomme se développent de préférence dans le tissu osseux, gagnant de là le périoste et la muqueuse. C'est la règle pour la cloison où les ulcérations présentent du reste leur maximum de fréquence; viennent ensuite les cornets, le plancher nasal et enfin la paroi supérieure.

Il importe de faire ressortir que, pendant l'évolution de ces lésions spécifiques, dans les fosses nasales, peuvent survenir des manifestations purement irritatives ne se rattachant pas directement à la syphilis. C'est ainsi qu'à côté d'ulcérations syphilitiques on pourra constater une formation abondante de replis végétants sur la muqueuse des cornets, ou des lésions catarrhales diffuses.

On sait les dégâts considérables que la syphilis peut entraîner dans les fosses nasales ainsi que les complications variées (névralgies, thromboses, hémorrhagies, manifestations nerveuses graves), susceptibles d'accompagner ou de suivre son évolution.

Je pense, comme Michelson, que l'enfoncement du dos du nez n'implique aucunement la destruction du support osseux

ou cartilagineux, sous-jacent, car la déformation en selle peut-être simplement causée par la rétraction du tissu conjonctif intermédiaire entre la portion saillante et les parties profondes du nez.

En revanche, je cesse d'être de l'avis de cet auteur, quand il prétend que les ulcérations longitudinales, en forme de sillons, de la cloison sont caractéristiques de la syphilis.

Les lésions précédentes demandent à être distinguées de celles de la tuberculose, du lupus, du rhinosclérome, du sarcome et du carcinome. Cette différenciation sera basée d'une part sur l'appréciation des caractères cliniques propres à chaque affection, d'autre part sur les résultats de l'examen microscopique susceptible de fournir ici de précieux éléments de diagnostic.

Je ne me sens pas autorisé à pénétrer plus à fond dans la question de la prognose et du traitement. Ce dernier doit être général et local et je n'ai pas besoin de rappeler les résultats brillants qu'on peut obtenir d'une intervention rationnelle, même dans des cas de syphilis en apparence désespérés.

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE ET AU TRAITEMENT DE LA LARYNGITE HYPERTROPHIQUE CHRONIQUE SOUS-GLOTTIQUE

Par le Dr **Alfred Sokolowski**, de Varsovie (traduit par le Dr LUC).

Les faits de cette catégorie, relativement rares dans notre pratique ont toujours présenté en laryngologie un intérêt tout spécial, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'étiologie; aussi ai-je pensé qu'il ne serait pas sans profit pour les lecteurs de ce journal, de leur rapporter brièvement les cas de cette affection que j'ai eu l'occasion d'observer pendant un long espace de temps, dans mon service, à l'hôpital du St-Esprit.

OBSERVATION I. — K..., ouvrière de fabrique, originaire de Ladz, est entrée à l'hôpital, le 2 février 1888.

L'anamnèse établit que la malade, jusqu'alors parfaitement bien portante, a subi, il y a un an et demi, une assez forte attaque de fièvre typhoïde. D'après les renseignements écrits fournis par le médecin qui la soigna à l'hôpital de Scheibler à Ladz, la maladie aurait présenté une certaine gravité. Durant la troisième semaine survinrent des symptômes dyspnéiques qui, le 15 décembre, c'est-à-dire à la fin de cette semaine, nécessitèrent la trachéotomie. A la fin de décembre, elle fut congédiée, portant encore sa canule trachéale que l'état défectueux de sa respiration n'autorisait pas à enlever. Elle resta un an et demi dans cet état, se trouvant assez bien pour continuer son travail de fabrique.

Il résulte encore des renseignements qui nous ont été fournis, que les parents de la malade jouissaient d'une parfaite santé et qu'elle-même n'avait jamais, auparavant, présenté de maladie sérieuse, pas même dans son enfance.

État général bon. Nutrition et menstruation normales. Les organes internes n'offrent rien de pathologique.

L'examen laryngoscopique fournit les données suivantes : épiglotte normale, ainsi que les ligaments ary-épiglottiques. Le cartilage aryénoïde droit, ainsi que le reste de la moitié droite de la paroi postérieure du larynx paraissent moins mobiles que les parties symétriques du côté opposé. Les fausses cordes sont congestionnées et épaissies. Les vraies cordes sont assez larges, comme hypertrophiées, de teinte grisâtre ; pendant la phonation, la corde droite se montre moins mobile. Quand la malade respire profondément, on distingue au-dessous des vraies cordes une sorte de diaphragme de couleur rouge bleuâtre offrant l'aspect d'un entonnoir obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. L'ouverture de cet entonnoir permettait à peine l'introduction du dilatateur n° 1 de Schrötter. Dans la cavité nasopharyngienne et au niveau de la paroi postérieure du pharynx, on constatait l'épaississement et l'aspect vernissé caractéristiques de la pharyngite sèche. Dans les fosses nasales on notait une hypertrophie modérée de la muqueuse des deux cornets inférieurs et particulièrement de leur extrémité la plus reculée.

Je crus tout d'abord avoir affaire à l'un de ces diaphragmes sous-glottiques comme on en observe chez les syphilitiques héréditaires. J'en avais observé plusieurs cas que j'avais réussi à guérir par un traitement chirurgical, consistant dans l'excision de la membrane, suivie de la dilatation progressive. Je résolus donc d'adopter ici le même mode de traitement. Mais, les tentatives répétées d'incisions intralaryngées que je pratiquai à des intervalles plus ou moins longs ne répondirent pas à mon attente. La prétendue membrane offrait une singulière résistance. Chaque incision donnait lieu à une abondante hémorrhagie et l'ouverture ne se laissait ensuite aucunement élargir.

Il ne restait donc pas autre chose à faire que d'essayer la méthode assurément longue et pénible de la dilatation progressive, par le procédé de Schrötter. Chez notre malade, l'introduction des tubes dilatateurs rencontra, tout d'abord,

de grandes difficultés ; mais, peu à peu, elle s'habitua à cette méthode, en sorte que nous réussîmes finalement, au bout de dix mois, à introduire un dilatateur du plus gros calibre, qui permettait à la malade de respirer fort bien, en bouchant sa canule trachéale. Cette canule fut enfin enlevée le 6 décembre, la respiration continuant de s'effectuer normalement. Mais, déjà au bout d'une semaine, à mesure que la plaie trachéale commençait à se refermer, des symptômes dyspnéiques reparurent, se montrant d'abord, seulement pendant la nuit, puis devenant continus et acquérant bientôt un degré qui me détermina à réintroduire, au bout de 15 jours, la canule trachéale. C'est ainsi que se révélait l'impuissance absolue d'un traitement fort pénible poursuivi pendant près d'un an. Il nous restait alors à choisir entre deux partis : ou bien renoncer à tout traitement ultérieur et congédier la malade avec sa canule, ou bien ouvrir chirurgicalement le larynx, fendre la membrane et reprendre alors la dilatation progressive. C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai, d'autant plus que mon collègue Bukowski se déclarait tout prêt à exécuter l'opération en question.

À cet effet, le 22 janvier 1889, après chloroformisation et introduction de la canule de Trendelenburg, le larynx fut fendu par mon collègue et un examen attentif de l'intérieur du larynx y révéla des modifications pathologiques sensiblement différentes de celles que nous avait fait soupçonner la simple inspection avec le miroir ; au-dessous des cordes vocales, la muqueuse laryngée se montrait épaissie et rigide ; elle formait en arrière, immédiatement au dessous de la glotte, une sorte de repli épais, allongé, rétrécissant notablement la lumière de l'organe.

Cet épaississement membraneux occupant également tout le calibre du larynx, au-dessous des cordes vocales, s'étendait supérieurement jusqu'à l'incision faite au larynx ; quant à sa limite inférieure il n'était pas possible de la déterminer. Il était donc manifeste que ce que nous avions pris, après notre examen laryngoscopique, pour un diaphragme infun-

dibuliforme, n'était autre chose qu'un épaississement général des parois de la région sous-glottique, ayant pour conséquence un rétrécissement progressif, de haut en bas, de cette cavité. Quant aux cordes vocales elles mêmes, elles étaient intactes, de même que toutes les parties situées au-dessus de la glotte. A la suite de ces constatations, nous nous décidâmes à opérer, dans une étendue aussi grande que possible, l'excision des replis épais, décrits plus haut, situés de chaque côté de la paroi postérieure de la région inférieure du larynx, immédiatement au-dessous des cordes vocales. Les deux fragments enlevés avaient environ un centimètre de long et trois millimètres de large.

Au niveau de l'excision se produisit une forte hémorrhagie qui ne put être arrêtée qu'au moyen du thermocautère de Paquelin. Ensuite on introduisit une canule dilatatrice de Koel et la plaie fut refermée. Les suites de l'opération furent des plus simples. Au bout de quatre semaines on retira la canule de Koel, mais la respiration devenait impossible quand on bouchait la canule trachéale. L'image laryngoscopique restait la même qu'avant l'opération ; d'ailleurs les parties excisées appartenaient aux régions profondes de la paroi postérieure du larynx, qui se dérobent habituellement à l'exploration laryngoscopique.

Nous revînmes donc à la dilatation du larynx, au moyen des dilatateurs de Schrötter et le n° 7 put être introduit avec facilité. Très rapidement, dans l'espace de deux semaines, on parvint à introduire le numéro le plus fort. A la fin de mars, la canule trachéale fut bouchée et l'on continua la dilatation méthodique.

Lorsque la malade, après trois semaines de ce traitement, fut en état de respirer librement, nous essayâmes pour la deuxième fois d'enlever complètement la canule, sans toutefois interrompre la dilatation. Jusqu'au 6 mai, jour où la malade fut présentée à la Société de médecine, la respiration resta absolument normale. A la fin de mai, elle quitta l'hôpital. Je la revis après un intervalle de près de six mois. La respira-

tion était toujours libre et l'image laryngoscopique n'était pas modifiée.

Cependant les fragments excisés de la muqueuse laryngée avaient été confiés à l'Institut pathologique et l'examen de ces pièces pratiqué obligeamment par notre honoré collègue Przewoski avait fourni les renseignements suivants : « Les parties examinées offrent un tissu qui a été sectionné au niveau de sa base. L'ensemble se compose de deux éléments : du tissu conjonctif profondément situé et un autre superficiel, recouvert d'épithélium. Ce dernier, dans la portion supérieure du fragment est constitué par de hautes cellules cylindriques et présente, dans sa portion inférieure, des cils vibratiles. Le tissu conjonctif profond se montre infiltré, dans ses couches les plus superficielles, de cellules semblables à des leucocytes et dans ses parties profondes, au voisinage de la surface de section, de globules rouges. On voit partout dans le tissu conjonctif un grand nombre de glandes garnies de hautes cellules cylindriques. Ces dernières pourvues d'un noyau à leur base se montrent granuleuses dans la portion inférieure du fragment, elles sont transparentes au contraire dans la partie supérieure et couvertes, par place, de mucus fraîchement sécrété. Les conduits de ces glandes débouchent sur la surface libre, recouverte d'épithélium. On peut s'appuyer sur ce fait pour soutenir que le fragment de muqueuse excisée était simplement atteint d'une forte hypertrophie. Si cette hypertrophie avait fortement proéminé à la surface libre de la muqueuse on aurait été autorisé à admettre l'existence d'un fibro-adénome.

OBSERVATION II. — G..., campagnard, âgé de 27 ans, est entré à l'hôpital le 6 mars 1889 pour une gêne de la respiration qui s'est insensiblement accrue depuis ces derniers mois. Cet homme bien bâti et offrant les signes d'une bonne nutrition (il pèse 72,7 kil.), raconte que depuis environ un an il souffre d'une toux sèche et brève, associée avec une gêne croissante de la respiration qui a pris, dans le cours des der-

nières semaines, le caractère d'accès survenant principalement la nuit.

Il prétend avoir été auparavant toujours bien portant, à part un catarrhe nasal, qui, depuis de nombreuses années, a occasionné chez lui un fort enchifrènement. La mère du malade est morte phtisique. Lui-même n'a pas eu la syphilis. Nous constatons chez lui un cornage inspiratoire, perceptible à distance. Dans les poumons, à part un léger catarrhe des grosses bronches, pas de modifications.

L'expectoration muco-purulente, peu abondante d'ailleurs, ne laisse pas découvrir de bacilles; les autres organes paraissent sains.

L'exploration des cavités nasales, pharyngienne et laryngée, donna les résultats suivants : forte hypertrophie des deux cornets inférieurs, surtout à droite; hypertrophie moindre du cornet moyen droit. Ça et là on distingue, sur la muqueuse des parties hypertrophiées, du mucus desséché, sous forme de grumeaux d'un gris jaunâtre. L'extrémité postérieure des deux cornets inférieurs se montre également hypertrophiée. La paroi postérieure du pharynx présente à un haut degré tous les signes du catarrhe sec : muqueuse épaissie, sèche, d'un rouge sombre, avec des îlots de mucus desséché adhérant fortement à sa surface. La muqueuse de l'épiglotte, des ligaments ary-épiglottiques et de toute la paroi postérieure du larynx offre une rougeur modérée, mais sans modifications bien nettes. Les fausses cordes sont très rouges, épaisses; les vraies cordes se présentent sous l'aspect de deux larges replis d'un gris blanchâtre. Dans la profondeur, on distingue, pendant l'inspiration, une sorte de diaphragme qui semble partir de la face inférieure des cordes vocales et, tout en suivant leur direction, détermine un rétrécissement considérable de la région sous-glottique. En avant, immédiatement au-dessous de la commissure glottique, on voit nettement se réunir les deux moitiés du diaphragme. Il est d'ailleurs difficile de décrire cette disposition qui différerait complètement de celle que l'on désigne généralement

sous le nom de diaphragme sous-glottique. On pouvait, notamment, constater qu'ici, le rétrécissement était constitué tant par l'hypertrophie de la muqueuse de la face inférieure des deux cordes vocales, que par celle de la muqueuse sous-glottique, à proprement parler. Cette image déjà peu distincte en elle-même était encore obscurcie par la présence de fragments de mucus adhérent çà et là à la surface de la muqueuse et donnant l'illusion d'ulcérations; aussi toute interprétation nous parut-elle au premier abord fort difficile et ce ne fut qu'à la suite d'examen répétés, rendus de plus en plus pénibles par la gêne croissante de la respiration, que nous fûmes en état de nous rendre un compte exact de la nature des lésions et de diagnostiquer une hypertrophie de la muqueuse sous-glottique du larynx. Nous prescrivîmes au malade des inhalations, avec une solution de benzoate de soude à 1 0/0, qui eurent pour effet de dissoudre le mucus concret, de faciliter par là la respiration et nous permirent par contre-coup d'apprécier plus exactement l'image laryngoscopique; effectivement nous constatâmes, immédiatement après les inhalations, la disparition des grumeaux qui, recouvrant la muqueuse sous-glottique, simulaient des ulcérations, et finalement la surface de la muqueuse se montra absolument lisse.

Le diagnostic une fois établi de cette façon, nous résolûmes :

1° De faire disparaître la sténose qui existait à un haut degré, grâce à une dilatation méthodique et progressive de la région sous-glottique.

2° De détruire les cornets hypertrophiés, de faciliter ainsi la respiration nasale et de relever la nutrition de la muqueuse pharyngée, en diminuant sa tendance à former des grumeaux secs.

Dans ce but nous commençâmes à introduire méthodiquement les dilateurs de Schrötter en commençant par le n° 1 qui ne passa qu'avec difficulté et nous donna ainsi la mesure du degré avancé de la sténose. Dès le premier moment le

malade éprouva un soulagement marqué qui alla s'accroissant au fur et à mesure que nous passions à des numéros plus forts. Au bout de deux mois et demi nous avons réussi à introduire le numéro le plus élevé et le malade respirait avec une entière liberté.

L'examen laryngoscopique fournissait toujours la même image, avec cette différence, toutefois, que l'ouverture du rétrécissement sous-glottique se montrait plus large et que la tendance à la formation de mucus concrété avait disparu complètement à la suite de l'emploi concomitant des inhalations.

Pour nous acquitter de la seconde partie de la tâche thérapeutique que nous nous étions imposée, nous détruisîmes, en deux séances, avec le galvanocautère, les cornets hypertrophiés ; mais nous avions auparavant enlevé, au moyen de l'anse froide un petit morceau du cornet droit, très hypertrophié, en vue de le soumettre à l'examen microscopique. Cet examen pratiqué dans le laboratoire anatomo-pathologique de notre ville, sous la direction de notre collègue Przewoski, fournit les renseignements suivants : Le fragment de muqueuse enlevé se compose d'épithélium hypertrophié et formé de couches nombreuses, une forte prolifération. Cette prolifération se révèle d'ailleurs par la présence de nombreuses masses kératiques et de prolongements considérables pénétrant dans le parenchyme. Le tissu sous-épithélial présente l'image typique d'un tissu de granulations fortement infiltré de cellules très analogues aux cellules lymphatiques. Plus nous pénétrons dans la profondeur et plus le tissu de granulations se rapproche du tissu fibreux adulte. En revanche l'infiltration cellulaire y est beaucoup moindre.

Les préparations colorées par des méthodes appropriées n'ont révélé aucun micro-organisme spécifique (tuberculose, sclérome). Au commencement de juin, le malade se trouvant tout à fait bien quitta l'hôpital offrant une amélioration considérable de son état général.

Outre les deux faits précédents, j'ai eu dernièrement l'occasion d'en constater un troisième, concernant une ouvrière âgée de 54 ans, qui, à la fin de novembre se présenta à l'hôpital pour s'y faire soigner d'une forte dyspnée remontant à plus de quatre ans. A cette époque déjà la gêne de la respiration avait nécessité la trachéotomie. La malade garda sa canule pendant quelques mois et pendant ce temps fut en état d'aller et venir sans difficulté. Après quoi elle put pendant un certain temps respirer tout à fait librement; mais les accès de suffocation, reparurent à plusieurs reprises avec une telle violence que, d'après le dire de la malade on aurait dû recourir trois fois à la trachéotomie dans divers hôpitaux de Varsovie, dans le cours des trois dernières années.

L'examen de la malade nous révéla un bon état général et rien d'anormal dans les organes internes. La respiration s'accompagnait d'un léger cornage; la voix était un peu enrouée. Sécheresse modérée de la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx et, dans les fosses nasales, hypertrophie moyenne des 2 cornets inférieurs.

Dans le larynx : rougeur modérée de l'épiglotte, des ligaments ary-épiglottiques et de la paroi postérieure; les fausses cordes rouges et très épaissies recouvraient en partie les vraies cordes qui, à part une certaine coloration terne, n'offraient rien de bien anormal. Pendant les inspirations profondes, on croyait voir, immédiatement au-dessous des cordes vocales, deux replis épais blanchâtres, parallèles à ces dernières et formant par leur réunion en arrière une sorte de diaphragme. Y avait-il aussi réunion des replis en avant? c'est ce qu'il était difficile de déterminer d'une façon précise, chaque tentative d'examen rencontrant les plus grandes difficultés. Ce ne fut qu'après un assez long espace de temps que nous parvîmes à la constatation que nous venons de décrire et que nous pûmes découvrir la véritable cause de la dyspnée.

Une fois qu'il eut été établi qu'il s'agissait bien d'une forme hypertrophique de laryngite sous-glottique nous souînmes

la malade à la dilatation progressive par la méthode de Schröter. La dilatation fut poussée jusqu'au numéro 5. A ce moment la malade qui respirait de mieux en mieux se trouva satisfaite du soulagement obtenu, et refusant dès lors de se prêter à la continuation du traitement, elle quitta l'hôpital au mois d'avril.

Je voudrais enfin dire quelques mots sur un quatrième cas, celui d'une malade que j'ai eu l'occasion de voir il y a deux ans avec mon collègue Bukowski dans le service chirurgical de notre hôpital.

C'était une fille de la campagne âgée de dix-huit ans ; elle se présenta à l'hôpital pour une gêne considérable de la respiration, accompagnée d'un enrouement qu'elle faisait remonter à un an. Il ne fallait pas demander de renseignement anamnestiques plus précis à la malade dont le développement intellectuel était très borné. Du reste, elle était très bien portante et n'offrait pas de lésions dans ses organes internes. L'épiglotte et la paroi postérieure du larynx ne présentaient pas non plus de modifications.

Quant à la cavité laryngée proprement dite, il n'était guère possible de l'inspecter, tant à cause de l'obliquité et du peu de mobilité de l'épiglotte, qu'en raison de la résistance remarquable que la malade opposa à nos tentatives répétées d'examen. Le haut degré de la dyspnée décida notre collègue Bukowski, à la suite d'une délibération en commun, à pratiquer la trachéotomie et, quelques semaines après, il résolut de pratiquer la laryngotomie, en vue d'arriver à un diagnostic précis et peut-être du même coup à un résultat thérapeutique ; nous croyions, en effet, que la cause de cette dyspnée persistante et de ces signes de sténose laryngée pouvait tenir à la présence de nombreux papillomes intralaryngés. Or, l'opération en question nous amena à une toute autre découverte : nous trouvâmes effectivement la région sous-glottique du larynx rétrécie par le fait d'une hypertrophie uniforme de toute la muqueuse de cette région, tandis que les cordes vraies et fausses, se montraient normales. En somme, le

mécanisme de la sténose était analogue à celui de notre première observation ; mais, la stricture était ici beaucoup plus prononcée, ne permettant que le passage d'une sonde de moyenne grosseur.

La laryngotomie nous permettait donc de reconnaître ici la nature de la lésion et de la classer dans la catégorie des laryngites hypertrophiques sous-glottiques. Après cicatrisation de la plaie nous eûmes recours à l'introduction méthodique des dilatateurs de Schrötter, nous servant d'abord de sondes en caoutchouc, puis en zinc et les laissant séjourner quelques heures dans le larynx. Cette méthode pénible qui dura plus de six mois ne donna aucun résultat positif : la malade perdit en effet patience et quitta l'hôpital.

L'affection dont nous venons de rapporter quatre faits typiques était connue de Czermak qui en décrivit minutieusement un cas semblable aux miens, observé par lui. Vint ensuite une série d'auteurs, comme Türck, Scheff, et Schrötter qui rapportèrent des faits isolés de la même affection. Ce ne fut qu'en 1873 que Guerhardt caractérisa la maladie d'une façon précise en lui donnant le nom de *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Ce nom fut généralement adopté et, depuis lors, différents auteurs (parmi lesquels Matlakowski, Scheparowitsch, Piéniazek) ont rapporté d'autres faits. Cependant Mackenzie fit remarquer avec raison que le terme *chorditis hypertrophica* n'était pas justifié et prouva, en s'appuyant sur dix-neuf cas observés minutieusement par lui, que le processus ne consistait pas seulement en une hypertrophie des vraies cordes, mais encore, en une hypertrophie de toute la muqueuse sous-glottique et il proposa en conséquence de désigner l'affection sous le nom de *Laryngitis chronica subglottica*.

Le processus en question est en somme fort rare et les conditions étiologiques en sont très obscures. D'une façon générale, il me semble que nous devons faire intervenir dans cette étiologie une inflammation locale à caractère hypertrophique. Il semble que dans bien des cas, ainsi que le sou-

tient Schrötter, le processus ait son point de départ dans le périchondre, ou même dans le cartilage, et tout particulièrement dans le cartilage cricoïde. C'est aussi ce que soutient Mackenzie, en s'appuyant sur ses recherches cadavériques ; il a notamment constaté, dans une autopsie, que l'un des aryténoïdes et le cricoïde participaient aux lésions. Notre premier fait paraît aussi confirmer l'opinion de ces auteurs ; suivant toute vraisemblance il semble que dans ce cas il y ait lieu de faire remonter l'origine des lésions à une périchondrite cricoïdienne et arytéroïdienne développée dans le cours d'une attaque grave de fièvre typhoïde. Nous pûmes en effet jusqu'au dernier moment établir l'existence d'un épaississement de ces cartilages, dans la moitié droite du larynx et aussi une certaine immobilité de l'articulation crico-aryténoïdienne du même côté.

Dans ces derniers temps, le professeur Ganghofner de Prag a cherché à assimiler dans une certaine mesure cette affection à la *blennorrhée de Störk*. Le même auteur s'est en outre efforcé dans un travail ultérieur d'établir une certaine analogie entre la même affection et la blennorrhée de Störk d'une part et le sclérome d'autre part.

Ganghofner et Chiari ont réussi à prouver dans un cas la présence de micro-organismes spécifiques qu'ils ont pu isoler par leurs cultures. Il est possible que la maladie en question reconnaisse pour cause dans certains cas un agent spécifique ; moi-même, j'ai vu de beaux spécimens de bacilles de rhino-sclérome dans le cornet hypertrophié d'un sujet atteint de blennorrhée de Störk. La préparation me fut montrée par mon collègue Srebrny. Mais cette étiologie ne saurait s'appliquer à tous les cas, ainsi qu'en témoignent mes deux premiers faits dans lesquels ni l'étiologie, ni les recherches bactériologiques appliquées à l'examen des fragments enlevés du larynx et du nez ne purent établir la présence des bacilles du rhinosclérome.

Quelques mots, en terminant, sur le traitement de la maladie.

Comme le mode de traitement le plus efficace dans l'espèce, Schrötter recommande, non sans raison, sa méthode de dilatation systématique du larynx et il est de fait qu'elle donne dans la majorité des cas d'excellents résultats. Mais ce procédé exige une bien forte dose de patience tant de la part du médecin que du malade. On peut même avancer que du côté de ce dernier il faut un certain degré d'intelligence et de force de caractère, faute de quoi, comme il arrive trop souvent dans nos hôpitaux, la méthode reste stérile. Les malades satisfaits d'une simple amélioration quittent l'hôpital et le fruit d'un travail souvent pénible de plusieurs mois se trouve ainsi perdu. Pour ces raisons j'estime que la méthode vraiment chirurgicale appliquée sur l'un de nos malades (Scheparowitsch y a également recouru autrefois avec succès, en 1878), mérite une attention spéciale. A mon avis, la laryngotomie et l'excision de replis aussi volumineux que possible de la muqueuse épaissie, suivies de la dilatation méthodique, ainsi que la chose eut lieu dans notre premier cas, conduira plus sûrement et plus rapidement au but, que la méthode isolée de la dilatation progressive.

DU MASSAGE VIBRATOIRE DE LA MUQUEUSE DU NEZ, DU PHARYNX NASAL ET DE LA GORGE

Par le Dr **Michael Braun**, de Trieste. Communication faite au congrès
de Berlin. (Traduit par le Dr LUC.)

MESSIEURS,

Mon intention n'est pas de vous faire ici une communication basée sur des recherches anatomo-physiologiques et des examens microscopiques et contenant de vastes développements théoriques, car je vois parmi vous, non seulement les représentants les plus brillants, mais même plusieurs des fondateurs illustres de notre science spéciale, portée, depuis ces dix dernières années, à une hauteur que l'on aurait pu à peine prévoir. Je veux simplement vous exposer brièvement les résultats pratiques des recherches que j'ai poursuivies avec ténacité depuis 3 ans 1/2 et, au cours desquelles je ne me suis laissé arrêter ni par la méfiance de quelques-uns ni par aucun autre obstacle. Je livre ces recherches à vos savantes méditations, vous laissant le soin de les consolider scientifiquement, de les perfectionner, de les généraliser et d'enrichir ainsi notre trésor thérapeutique.

Le système de massage que j'ai appliqué aux muqueuses du nez, du pharynx nasal et de la gorge est en grande partie celui du Dr Kellgren de Londres. Aussi vais-je me permettre, pour vous rendre plus compréhensible la suite de ce travail, de vous citer quelques-uns des principes sur lesquels cet auteur a édifié sa technique.

Sous le terme *effleurage* le docteur Kellgren désigne un mouvement de glissement superficiel ou profond, pouvant varier entre un contact à peine perceptible et une pression d'une intensité considérable.

Il donne le nom de *vibrations* à de légers ébranlements se

succédant rapidement, ayant toujours leur point de départ dans l'articulation du coude et devant être essentiellement exécutés avec la face palmaire des doigts.

Pendant ce temps l'articulation du poignet doit exécuter, dans un état de relâchement complet, des mouvements d'abduction et d'adduction, tandis que la main elle-même demeure immobile, en contact avec la région sur laquelle elle a été posée.

Les mouvements des muscles doivent être si légers qu'on puisse à peine les percevoir avec la main appliquée sur le bras du masseur. Dans aucun cas il ne doit y avoir de contraction continue des muscles de l'épaule, du bras et de la main, autrement ils deviennent durs, perdent de leur intensité et il devient impossible au masseur de les prolonger au delà de quelques minutes et de contrôler d'une façon durable le degré de pression employé.

On peut se rendre compte de la quantité des vibrations produites, en cherchant à les imprimer à une table assez grande au milieu de laquelle on a placé un verre d'eau. Dans ces conditions le liquide vient-il à se mouvoir comme une seule masse d'un côté du verre à l'autre, on en conclura que les vibrations sont défectueuses. Pour qu'elles soient convenablement exécutées, il ne doit se produire de trémulation qu'au milieu de la surface liquide.

Les vibrations peuvent être exécutées assez longtemps dans la proportion de 2 à 300 par minute.

Ceci donnera une idée de la finesse de ces mouvements et expliquera comment ils trouveront leur application là où l'on ne saurait songer à d'autres modes de massage.

L'effleurage et les vibrations agissent directement sur la région ou l'organe en traitement, influençant la circulation veineuse et lymphatique et déterminant simultanément une action calmante sur l'élément douleur, ce dont on peut se convaincre dans les cas de congestion ou d'inflammation aiguë ou chronique.

Le mécanisme physiologique général de la méthode consiste en une accélération des phénomènes d'absorption.

Ce système du Dr Kellgren, m'a donné, depuis trois ans et demi des résultats tout à fait satisfaisants sur près de mille sujets. Je l'ai appliqué à la muqueuse du nez, du pharynx nasal et de la gorge. Je me suis servi pour cela d'une sonde en cuivre qui sera décrite plus loin et qui, au lieu de rester en contact avec un point déterminé, doit exécuter des mouvements de déplacement avec une pression légère ou intense, chaque déplacement étant accompagné de vibrations, de sorte que par ma méthode je combine l'*effleurage* avec la *vibration*.

Comme dans la méthode de Kellgren le point de départ des mouvements doit être le coude légèrement fléchi mais qui, au besoin, suivant la situation et les dimensions de la région à traiter peut être modérément étendue, élevée ou abaissée, portée plus ou moins en avant ou en arrière. Enfin les déplacements seront encore facilités par de légers mouvements de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction dans l'articulation du poignet.

L'avant-bras, la main et la sonde en cuivre tenue comme une plume entre le pouce, l'index et le médius forment les éléments d'une chaîne capable de transmettre à la muqueuse en traitement les mouvements ondulatoires plus ou moins amples engendrés par la musculature du bras.

La sonde en cuivre a 0^m,21 cent. de long. Elle est épaisse de 0.002 millim. mais s'amincit au voisinage de sa tête qui est arrondie et elle présente avant cette extrémité quelques légères cannelures. Elle est assez résistante pour pouvoir permettre au besoin une pression énergique mais, d'autre part, grâce à son élasticité et à la facilité avec laquelle elle se laisse courber elle se prête excellemment aux détails de conformation anatomique du nez, du pharynx nasal et même du larynx et elle est à même de transmettre à la muqueuse les plus légers mouvements ondulatoires du bras.

Cette sonde doit être enveloppée, au niveau de sa tête, d'un

petit tampon de ouate aseptique, dont la longueur et l'épaisseur varient suivant les dimensions de la cavité où l'on pratique le massage. La ouate doit dépasser la sonde d'environ deux centimètres et doit être enroulée assez solidement autour de sa partie cannelée, pour ne pas risquer de se dérouler au cours des mouvements vibratoires. La résistance et l'élasticité de ce tampon doivent équivaloir à peu près à celles de la pulpe de la phalange terminale de l'index et en représenter ainsi le prolongement.

Ainsi garnie, la sonde sera trempée dans une solution ou dans un corps gras appropriés aux indications particulières de chaque cas.

Chez les individus particulièrement sensibles, j'ai l'habitude d'employer pour la gorge une solution de cocaïne à 20 0/0 ou de la vaseline mentholée à 10 0/0 ou enfin de la glycérine iodo-iodurée à 10 0/0 ; pour le nez et le pharynx nasal, soit les préparations précédentes, ou bien une solution de sublimé au millième, ou encore de la lanoline, de la vaseline ou du baume du Pérou.

La durée de chaque séance de massage doit dépendre du degré de résistance du sujet et variera entre une demi-seconde et 60 secondes.

Après avoir éclairé le nez ou la gorge, la sonde tenue comme une plume à écrire est appliquée et mise en vibration sur toute l'étendue visible de la muqueuse. Les mouvements doivent être légers, élastiques, égaux, rapides. Je commence par abaisser la langue au moyen de l'index gauche préalablement désinfecté dans une solution de sublimé et je procède immédiatement au massage de la muqueuse, partant du centre de la gorge, me dirigeant à gauche jusque derrière le pilier postérieur ; de là, en haut, puis le long du bord du voile ; enfin à droite et en bas vers la région laryngée, pour revenir à gauche vers les points non encore mis en vibration ; ou bien je commence à droite ou à gauche, portant une attention toute spéciale aux parties malades.

S'agit-il du pharynx nasal, la sonde recevra une courbure

appropriée et sera garnie en outre d'un tampon de ouate répondant à la configuration de cette cavité où elle sera introduite après que la langue aura été abaissée et le malade invité à respirer par le nez.

L'opérateur acquiert par la pratique une finesse tactile si délicate qu'il est à même de distinguer, sans le secours de la vue, la voûte pharyngée, la paroi postérieure du pharynx, le pli et l'ouverture de la trompe, la fossette de Rosenmüller, le septum, le contour des choanes et la face postérieure du voile et qu'il peut exercer sur ces parties une pression voulue accompagnée de mouvements vibratoires. Il est enfin possible, si l'on rencontre des végétations molles, de les détruire par une pression plus forte.

Je pratique le massage vibratoire de la muqueuse nasale de la façon suivante :

L'orifice antérieur de la fosse nasale étant suffisamment dilaté et éclairé, je commence les vibrations sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur, je les poursuis sur toute sa longueur et sa largeur. Je passe ensuite de son extrémité postérieure sur celle du cornet moyen pour m'arrêter définitivement à l'extrémité antérieure de ce dernier.

Au moyen d'une seconde sonde les vibrations sont transmises aux méats inférieur et moyen, au plancher et au septum; à la rigueur une troisième sonde pourra servir au massage de la fente olfactive et des parties les plus élevées de la muqueuse. En cas d'obstacles tels que courbures, adhérences, on se donnera un jour suffisant par une opération appropriée, et au besoin on donnera à la sonde une courbure qui lui permette de tourner ces obstacles.

Les sondes employées devront être, chaque soir, passées à la flamme du gaz, plongées dans une solution de sublimé et redressées au moyen d'un marteau de bois.

Grâce aux manœuvres qui viennent d'être décrites, l'activité physiologique de la muqueuse éprouve une transformation radicale dans la totalité de ses éléments constitutants, (épithélium, tissus conjonctifs, vaisseaux, nerfs, même les

ganglions lymphatiques correspondants et les éléments musculaires sous-jacents).

Les mouvements en question opèrent une action excitante et vivifiante et la vitalité imprimée par eux aux tissus n'a pas seulement pour effet d'enrayer la marche des processus pathologiques, elle détermine en outre une telle transformation des éléments anatomiques que, s'il s'agit d'affections, comme on l'admet communément pour la rhinite fétide atrophique, où les microbes jouent le principal rôle pathogénique, il semble que, sous cette influence, ces micro-organismes se trouvent privés des conditions favorables à leur existence.

J'ai réussi à guérir complètement jusqu'ici 23 sujets atteints de cette dernière affection. Le manque de temps ne me permet de vous relater que deux de ces faits.

Obs. I. — M^{me} Fragiaco, femme du cuisinier de l'hôpital militaire de Trieste se présenta, il y a 3 ans, à mon dispensaire ; la fétidité nasale était si pénétrante chez elle que, par égard pour les autres malades, j'étais obligé de la recevoir à des heures particulières.

Cette femme, alors âgée de 45 ans, est fortement constituée et ne présente aucune tare héréditaire ; d'après son dire, sa maladie aurait apparu, 20 ans auparavant, à la suite d'un accouchement. Elle me dépeignit son triste sort dans les termes les plus vifs : les moyens thérapeutiques les plus divers (insufflations, injections, cautérisations) étaient demeurés sans résultat ; la fétidité ainsi que les douleurs de tête et les troubles digestifs consécutifs augmentant sans cesse avaient fini par aboutir à un état vraiment intolérable. L'examen révéla les signes caractéristiques d'une rhinite chronique atrophique compliquée de catarrhe de la cavité naso-pharyngienne.

Au moyen d'un tampon d'ouate préalablement trempé dans une solution de sublimé, je parvins, non sans grandes difficultés, à extraire des cavités nasales anormalement élargies des masses fétides, les unes tubuliformes, les autres formant

des blocs arrondis ; je badigeonnai ensuite avec une solution de cocaïne à 10 0/0 la muqueuse qui offrait une teinte gris pâle, y compris les cornets réduits à de minces replis atrophies et je procédai énergiquement, pendant une minute, au massage vibratoire des cavités nasales et naso-pharyngienne, de la façon indiquée plus haut, au moyen d'une sonde de cuivre garnie de ouate imprégnée de baume du Pérou. La fétidité et les douleurs de tête disparurent de suite.

Je continuai le même procédé répété deux fois par jour, pendant 4 semaines, le matin, à 8 heures et le soir à 6 heures. Au bout de 8 jours je constatais encore, le matin, une certaine fétidité ; pourtant il n'y avait plus, à proprement parler, de formation de croûtes ; on constatait seulement, dans la partie postérieure des fosses nasales et dans la cavité naso-pharyngienne, une sécrétion fluide, facile à enlever. Dans le cours des 3 semaines suivantes, cette sécrétion ne cessa de diminuer pour cesser définitivement et complètement à la fin de la 4^e semaine. Cela ne m'empêcha pas de continuer le massage vibratoire, une fois par jour durant 4 autres semaines et je réussis à modifier l'ensemble de la muqueuse au point de ramener de plus en plus son aspect à celui de l'état normal. Cinquante autres séances, par conséquent, 134 en tout, suffirent non seulement pour supprimer complètement d'une façon durable la fétidité et la sécrétion anormale, mais encore pour amener une telle transformation des parties malades de la muqueuse que, jusqu'ici, c'est-à-dire dans l'espace de ces 3 dernières années, aucune récurrence ne s'est produite et que le dernier examen pratiqué, il y a environ 15 jours, montra la muqueuse absolument normale.

OBS. II. — Le second fait concerne une jeune fille de 18 ans, originaire de l'île de Brazza (Dalmatie) et jouissant d'une parfaite santé, en dehors de l'affection pour laquelle elle venait réclamer mes soins. Cette personne qui m'avait été adressée par le Dr Escher représentait une intéressante variété par rapport aux symptômes habituels de sa maladie, en ce sens que, tandis que, chez elle, les deux cavités nasales

répandaient à un haut degré la fétidité caractéristique de l'ozène, ni le pharynx nasal, ni le pharynx proprement dit, ni enfin le larynx et notamment les cordes vocales, demeurées intactes dans leur motilité respiratoire et phonatoire, n'offraient aucune modification pathologique : seule la région sous-glottique témoignait de sa participation à la maladie par la présence à son intérieur d'une couronne de croûtes brunâtres adhérentes.

La progression incessante de la dyspnée aurait déterminé le médecin qui la soignait dans son pays à l'adresser au Dr Escher en prévision de la trachéotomie.

Grâce à une pratique acquise antérieurement, je réussis à enlever avec une pince les croûtes brunâtres adhérentes et je procédai immédiatement au massage de la façon indiquée dans le premier cas, en l'appliquant non seulement aux deux fosses nasales mais encore, au moyen d'une sonde recourbée, à la région sous-glottique, après l'avoir imprégnée tout d'abord avec une solution de sublimé à 1 par 1000 et, dans les séances suivantes, avec de la glycérine iodo-iodurée à 10 par 100.

Ici il suffit d'un traitement de six semaines pour amener la guérison d'un mal qui durait depuis 4 ans, à tel point qu'aujourd'hui, c'est-à-dire, après un intervalle d'un an, il n'y a pas eu réapparition du moindre symptôme.

Les 21 autres faits présentèrent une marche plus ou moins analogue ; je voudrais simplement faire remarquer que, chez une fille de 13 ans qui présentait de l'ozène à la suite d'une rougeole, quatre séances suffirent pour amener une guérison définitive.

Tout aussi rapide et complet est le succès en cas de catarhe atrophique du pharynx.

Ici la méthode des *vibrations* ou du *tapotement* (très facilement exécutable chez presque tous les malades dans la portion buccale au moyen de 2 sondes molles) est remarquablement tolérée par la muqueuse mince, sèche et vernissée. Celle-ci change d'aspect au bout de quelques séances ; elle

devient plus humide, plus élastique et les sécrétions devenant de plus en plus fluides se laissent mieux enlever.

Un fait frappant c'est la diminution extraordinairement rapide ou, dans quelques cas, la disparition complète mais transitoire de ces sensations perverses sans nombre qui trop souvent causent le découragement du malade autant que du médecin.

La durée de cette diminution est étroitement solidaire des modifications de la muqueuse. En cas de catarrhe pharyngé atrophique très marqué, j'ai l'habitude de répéter mes séances chaque jour pendant les quatre premières semaines, puis une fois tous les deux jours pendant les quatre semaines suivantes, ultérieurement enfin, une ou deux fois par semaine suivant l'état du malade, de sorte que jusqu'ici il ne m'a jamais fallu plus de quatre-vingts séances pour obtenir la *restitutio ad integrum*. Il va de soi qu'il ne s'agit ici que de cas où le mal est purement local et que j'exclus ceux qui se rapportent à des vieillards caducs ou qui se compliquent d'affections dyscrasiques ou intercurrentes.

Lorsque je trouve dans le pharynx ou dans la cavité nasopharyngienne des plis longitudinaux, ou des granulations proéminantes et résistantes, ou encore lorsque je rencontre des polypes résistants sur la muqueuse nasale dégénérée, j'applique aux premières lésions la cautérisation punctiforme, aux dernières, les cautérisations superficielles ; puis, un ou deux jours après, je procède au massage vibratoire et je le continue jusqu'à complète disparition de toute tuméfaction.

Les granulations plus molles du pharynx ainsi que les hypertrophies nasales d'une moindre consistance disparaissent par le seul fait des vibrations. A la vérité, ce mode de traitement est plus long et plus ennuyeux, mais il offre l'avantage indiscutable de ne pas exposer à la formation de cicatrices, conséquence fréquente et parfois funeste de cautérisations trop énergiques du nez et du pharynx. Ma

méthode a en outre pour effet de fortifier pour ainsi dire la muqueuse et d'augmenter ses moyens de résistance.

En cas d'inflammations aiguës, le massage vibratoire, je dois l'avouer, est extrêmement douloureux, malgré l'emploi d'une solution de cocaïne à 20 0/0 et provoque souvent de la part des malades, une résistance énergique, mais il a pour effet de couper complètement l'attaque ; non seulement il y a disparition des phénomènes les plus intenses de dysphagie et de dyspnée, mais on obtient généralement la diminution rapide du gonflement local et de la fièvre concomitante. Laissez-moi vous rapporter ici brièvement un fait de ce genre, vraiment caractéristique.

Au mois de juin de l'an dernier, nous fûmes appelés, le D^r Escher et moi, auprès de notre collègue Hribaer, homme déjà âgé qui présentait une dyspnée menaçante. La cause de cet état parut être un gonflement très marqué, de nature inflammatoire, extrêmement douloureux, occupant la portion buccale du pharynx et l'isthme du gosier. Avec l'assentiment de mon collègue consultant et malgré la résistance énergique du malade qui gardait le lit, je pratiquai, avec la plus grande rapidité (*blitzschnell*) le massage vibratoire des parties malades et j'obtins sur-le-champ un résultat favorable, car, non seulement la dyspnée menaçante disparut, mais encore le malade qui depuis trois jours n'avait absolument pu prendre aucune nourriture fut en état de boire et de manger ; en outre, à la suite d'une bonne nuit, la fièvre et les manifestations locales cessèrent, rendant toute médication ultérieure inutile, et, au bout de deux ou trois jours, le malade pouvait reprendre ses occupations.

Je me propose de faire connaître ultérieurement, le résultat de ma méthode appliquée aux gencives, en cas de suppuration alvéolaire, à la langue, en cas de glossodynie, (névralgie linguale) à la muqueuse interaryténoïdienne, en cas d'ulcérations tuberculeuses, à la muqueuse laryngée, en cas de catarrhe chronique, au pharynx, aux cordes vocales, en cas de paralysie post-diphthéritique ou hystérique,

appliquée enfin à l'asthme des foins, aux attaques d'asthme d'origine nasale et à toutes les affections tubaires. Pour le moment mes recherches relatives à ces différents points, ne sont pas encore terminées.

Je désire encore me permettre d'appeler votre attention sur le fait suivant. Toutes les fois que j'ai eu l'occasion de pratiquer le massage vibratoire de la muqueuse nasale chez des malades dont le catarrhe de cette région était associé avec de la céphalalgie ou des sensations de constriction de la tête, ces symptômes disparaissaient du moment que j'imprimais des secousses quelque peu plus fortes à l'extrémité antérieure du cornet moyen ou à son voisinage immédiat. Après que j'eus fait part de cette constatation à plusieurs de mes collègues, ils eurent la bonté de me confier des cas de céphalalgie, de pesanteur de tête, de migraines, de névralgie sus-orbitaire dans lesquels on n'observait pas la plus légère anomalie tant du squelette osseux que de la muqueuse nasale ou naso-pharyngienne. Le succès est, en pareil cas, tout à fait remarquable. On voit, en effet, cesser douleurs et sensations de pesanteur, soit pendant l'exécution même du massage, ou quelques secondes après, et cela, chez des sujets qui ont vraiment recouru à de grosses doses d'anti-pyrine ou d'anti-fébrine et aux autres remèdes innombrables généralement employés pour combattre ces cas rebelles et désespérés. On pourrait m'objecter que le résultat est attribuable à l'action momentanée de la cocaïne, puisque j'ai l'habitude de me servir d'une solution à 20 0/0; mais je répondrai, qu'ayant employé aussi des tampons imprégnés soit de vaseline soit d'eau pure, j'ai toujours obtenu un résultat aussi décisif. Des attaques qui, auparavant se répétaient deux, trois ou quatre fois par semaine cessèrent souvent de se montrer pendant des semaines. Je citerai même une dame qui, après avoir pendant des années éprouvé presque journellement des accès intolérables d'hémicrânie, fut débarrassée de son mal d'une façon durable au bout de huit séances, au point que depuis 5 mois elle n'a présenté aucune récurrence.

Il semble (c'est une hypothèse) que consécutivement à l'excitation des extrémités périphériques de certains troncs nerveux, il y ait suppression du spasme vasculaire peut-être provoqué par ces nerfs dans les organes centraux, et que par suite l'équilibre circulatoire soit rétabli. C'est en effet le seul moyen par exemple d'expliquer ce phénomène singulier, qu'à la suite du massage, non seulement les plus pénibles pesanteurs de tête sont calmées mais que le malade éprouve immédiatement un allègement de ses idées et un entrain tout nouveau pour le travail intellectuel.

Je vous citerai à titre d'exemple le cas de notre confrère, le D^r T., dentiste de Trieste, que de violentes migraines compliquées de ptosis et d'obscurcissement du champ visuel obligeaient fréquemment à interrompre ses travaux; or il suffisait de secousses vibratoires imprimées seulement pendant deux secondes à peine à l'extrémité antérieure du cornet moyen pour faire immédiatement disparaître ces symptômes qui s'accompagnaient généralement d'une pâleur spéciale du visage. Notre confrère se trouvait, en outre, en état de se remettre sur-le-champ au travail avec une nouvelle énergie.

Je pourrais encore vous citer 80 ou 100 faits semblables; mais la limite de temps qui m'est imposée m'oblige à me borner en terminant à une courte remarque.

Si déjà la méthode de massage du D^r Kellgren exige pour son exécution une habitude acquise au prix de plusieurs années d'exercice; si d'autre part la technique opératoire de notre spécialité réclame avant tout une grande acuité visuelle et une dextérité spéciale, innée ou acquise, on comprendra que ces qualités soient exigées à un plus haut degré encore et qu'elles représentent une *conditio sine qua non*, quand il s'agit d'imprimer des vibrations rapides comme l'éclair à la plus sensible de nos membranes muqueuses,

Il est essentiel que l'opérateur soit bien maître de limiter l'intensité et l'étendue de ses mouvements, car il suffira souvent d'un seul mouvement maladroit échappé à l'opéra-

teur pour causer au malade un malaise qui le dissuadera de se prêter à la continuation du traitement.

La vibration doit suivre de si près chaque coup d'œil jeté par l'opérateur sur les différents points de la muqueuse traitée que le malade le plus sensible n'ait conscience de la manœuvre qu'après qu'elle a été exécutée.

C'est, ou jamais, le cas de dire : *suaviter in modo, fortiter in re*.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

I. — NEZ

Curettage du sinus maxillaire pour un cas rebelle d'abcès chronique de cette cavité, par le Dr EYSSAUTIER, in *Dauphiné médical*, août 1890, p. 158.

Depuis 18 mois, la malade, femme de 35 ans, était sujette à des attaques fréquentes de fluxion dentaire attribuables à une carie avancée de la plupart des molaires supérieures gauches, notamment de la 1^{re} grosse molaire, réduite à sa racine.

Un dentiste consulté pratiqua l'extraction de cette dent, mais, s'étant servi d'une clef de Garengéot, il enleva en même temps une partie du bord du maxillaire. Une grande quantité de pus fétide s'écoula par l'alvéole et il y eut consécutivement une diminution notable du gonflement de la moitié gauche de la face, constaté les jours précédents. Cependant l'écoulement fétide continua, non seulement par le trajet fistuleux qui persistait au niveau de la fracture du maxillaire, mais encore par la fosse nasale gauche.

Quand l'auteur vit la malade, il nota une couleur jaunâtre du tégument facial du côté gauche, un peu d'œdème de la paupière inférieure, un soulèvement de la racine et de l'aile gauches du nez et, du côté de la cavité buccale, une asymétrie de la cavité palatine bombée à gauche. L'auteur aurait en outre éprouvé nettement une sensation de *crépitation* et de *froissement de parchemin* par la palpation du palais, du bord alvéolaire et de la portion jugale du maxillaire supérieur. Malgré l'absence d'examen rhinoscopique, cet ensemble de signes permit de porter le diagnostic d'empyème de l'antra de Highmore et Eyssautier se résolut à inter-

venir chirurgicalement. La fistule buccale étant une porte d'entrée toute indiquée fut simplement agrandie par la résection complète de l'alvéole de la 2^e molaire, puis de grandes irrigations antiseptiques furent pratiquées dans la cavité malade. La fétidité insupportable dont souffrait la malade disparut aussitôt mais la suppuration persistait et on ne put la tarir ni par des badigeonnages à la teinture d'iode et au chlorure de zinc ni par le tamponnement de la cavité malade avec de la gaze iodolormée.

L'auteur se décida alors à pratiquer le curettage du sinus au moyen d'une petite curette *ad hoc*. Cette opération précédée d'un badigeonnage de la cavité avec une solution de cocaïne à 5 0/0 se fit sans souffrance et amena au dehors des débris de végétations polypiformes, des fragments grisâtres de la muqueuse épaissie, molle et pulpeuse, paraissant atteinte de ramollissement velvétique, enfin des débris osseux et cartilagineux. Cela fait, les parois de la cavité furent badigeonnées avec de la teinture d'iode pure et l'ouverture fermée avec un tampon d'amadou iodé.

Cette fois le résultat fut une guérison radicale non démentie par un mois d'observation ultérieure. Nous ferons seulement remarquer à l'auteur qu'il est dans l'erreur quand il pense avoir été le premier à appliquer la méthode de curettage à la cure de l'empyème du sinus. Il pourra s'en convaincre par la lecture de notre travail sur ce sujet (Des abcès du sinus maxillaire. In *Arch. de laryn.*, 1889, p. 145 et 204). LUC.

Extensive keratoid papillary growth of the Nares. (Tumeur kératoïde papillaire étendue des narines), par O. V. BUNGER. *Deut. med. Woch.*, août 1889, in *the Amer. Journ. of the med. sciences*, décembre 1889.

Un homme de 65 ans, blessé deux fois au nez pendant son enfance était atteint d'ozène depuis l'âge de la puberté; l'occlusion progressive des deux narines par une tumeur caractérisée par sa consistance dure, sa division dendritique, et sa surface blanche, l'obligeait de respirer par la bouche.

Cette tumeur s'étendait de l'orifice des fosses nasales jusque derrière la choane et avait produit, par pression, la perforation de la cloison cartilagineuse, en avant et en arrière, celle des portions infiltrées de la voûte palatine nasale postérieure. L'ablation étant devenue nécessaire, le professeur von Volkmann incisa le nez sur la ligne médiane, y compris les os du nez d'après la méthode de Dieffenbach et détacha soigneusement avec les ciseaux la tumeur qui s'étendait très profondément dans les

sinus de l'ethmoïde. La plus grande partie de la cloison fut enlevée et la cavité tamponnée avec la gaze iodoformée.

Le malade partit guéri le 19^e jour ; il y eut pendant trois mois des récidives continuelles, mais depuis sept mois il n'y a pas de signes de reproduction de la tumeur. Parmi les modifications histologiques, nous mentionnerons le changement en épithélium squameux de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles de toute la partie supérieure de la cavité nasale.

GOULY.

Observation de corps étranger ayant séjourné 25 ans dans une fosse nasale, par le Dr DESCHAMPS. In *Dauphiné médical*, juin 1890.

Observation sommaire d'une paysanne âgée de 50 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée datant de trente à trente-cinq jours et d'une obstruction de la fosse nasale gauche. L'examen rhinoscopique permet de constater un rétrécissement considérable de la fosse nasale droite, la cloison étant fortement déviée de ce côté. La fosse nasale gauche est complètement obstruée par une masse d'apparence caséuse exhalant une odeur infecte. On sent avec le stylet un corps dur donnant la sensation d'un os nécrosé. Vingt-cinq ans auparavant la malade avait senti un os « passer de travers » ; un accès de suffocation et de toux avait lancé le corps étranger dans les fosses nasales dans lesquelles il avait pénétré à retro. Après des alternatives d'obstruction complète avec suppuration et de perméabilité partielle des fosses nasales, il y a depuis un an des céphalalgies, des névralgies faciales tenaces, et depuis un mois une otite moyenne. Le corps étranger est logé dans le méat inférieur ; il est un peu mobile, sa forme est aplatie de haut en bas. Les manœuvres faites dans l'intention de le repousser dans le pharynx restent inutiles et il est retiré par la narine après avoir été saisi à plat et avoir subi une rotation d'un quart de tour.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit bien d'un fragment d'os dont toute la surface est incrustée des sels calcaires qu'on rencontre ordinairement dans les rhinolites.

GOULY.

II. — BOUCHE ET PHARYNX

Imaginary foreign bodies in the throat. (Corps étrangers imaginaires de la gorge), par MAX THORNER, de Cincinnati. In *New-York, med. Journ.*, 25 janvier 1890.

L'auteur distingue trois ordres de faits :

1^o Ceux dans lesquels un corps étranger, après avoir réellement péné-

tré dans les voies aériennes supérieures, s'en échappe ou en est extrait sans que la malade cesse d'éprouver la sensation de sa présence.

2° Ceux dans lesquels il n'y a jamais eu de pénétration réelle d'un corps étranger, mais où la sensation trompeuse trouve son explication dans la présence de lésions dans le pharynx ou le larynx.

3° Ceux dans lesquels lésions locales et corps étrangers font également défaut et où l'illusion du malade ne peut être attribuée qu'à un réflexe résultant d'un trouble fonctionnel quelconque de n'importe quel organe, ou tout simplement à la névropathie.

Ce travail est accompagné de cinq observations. L'auteur termine par les conclusions suivantes :

Un examen consciencieux de la région incriminée s'impose dans tous les cas ; c'est lui qui dictera la conduite à tenir.

Existe-t-il une lésion locale, on devra évidemment la traiter. On ne négligera pas non plus de soigner toute affection, même éloignée, susceptible d'agir par voie réflexe.

Dans bien des cas où un corps étranger a vraiment pénétré dans la gorge, mais en a été extrait, on réussira généralement à convaincre le malade qu'il en est débarrassé. Quand, au contraire, le malade s'obstine dans des craintes chimériques, menace de verser dans l'hypochondrie, l'on pourra, l'on devra même ne pas hésiter à rétablir le calme dans son esprit à l'aide d'un innocent mensonge.

Enfin, s'agit-il d'une pure hyperesthésie de la gorge, cet état appellera un traitement local et général approprié.

LUC.

Stricture of the larynx. (Rétrécissement du larynx). In *Amer. Journ. of the med. sciences*, mars 1890.

Observation d'occlusion cicatricielle complète du larynx empruntée à la clinique de Schrötter et résumée par le Dr G. Juffinger (*Wien. Klin. Woch.*, octobre 1889). Un homme de 25 ans avait, sans cause connue, depuis deux ans et demi un enrouement qui fut suivi de dyspnée ayant finalement nécessité la trachéotomie. Six semaines après l'opération Schrötter trouve une occlusion complète du larynx ; les cartilages aryénoïdiens étaient intimement adhérents, et les bandes ventriculaires épaissies et en contact. Après des tentatives répétées et inutiles pour trouver un passage par la voie buccale ou par la voie trachéale Schrötter passa un stylet à pointe recourbée entre les bandes ventriculaires, et, à travers le tissu cicatriciel jusque dans la trachée. Un fil fin fut jeté autour de l'instrument dans la plaie trachéale et attiré au dehors en passant par la

bouche ; tous les jours on remplaça le premier fil par un fil plus fort, puis par du catgut et enfin par un gros fil de plomb auquel on fit succéder les prismes gradués dilateurs jusqu'à ce que, le 40^e jour, on pût passer le n^o 20 de Schutter.

La dilatation fut continuée et en dernier lieu confiée au malade qui put travailler et dormir la canule fermée. Il y a tout lieu d'espérer que l'on pourra finalement enlever la canule.

GOULY.

Contribution à l'étude de la diphtérie (3^e mémoire). ROUX et YERSIN.

Annales de l'Institut Pasteur, 1890, juillet.

Nous avons analysé ici même les deux premiers mémoires de MM. Roux et Yersin sur la diphtérie (1). Nous nous sommes efforcés de montrer l'importance et la nouveauté de la plupart des résultats obtenus par ces auteurs.

Le troisième mémoire dont nous allons présenter le résumé est digne des précédents.

Plusieurs sujets y sont élucidés, et les conclusions qui découlent de leur étude, non seulement celles que les auteurs veulent bien en déduire, mais celles qu'ils laissent pressentir, ont une très grande importance.

I. Diagnostic de la diphtérie. — Les auteurs nous montrent d'abord le progrès que la bactériologie a fait faire au diagnostic.

L'examen microscopique et la culture apportent à celui-ci une certitude inconnue jusqu'ici.

Pour faire l'examen microscopique, il faut enlever un fragment de fausse membrane avec un tampon de coton hydrophile tenu à l'extrémité d'une pince ou fixé à une tige résistante. Les débris membraneux, essuyés sur du papier buvard, sont frottés sur des lamelles, de façon que l'enduit qui reste à la surface du verre vienne de la fausse membrane et ne soit pas formé par du mucus buccal. Les lamelles, séchées et passées dans la flamme, sont colorées, les unes au bleu de Loeffler, les autres au violet de gentiane, d'après la méthode de Gram.

La préparation, lavée à l'eau, est examinée *humide* avec un objectif à immersion homogène. Au milieu des autres microbes, les bacilles diphtériques, souvent groupés en amas, apparaissent sous forme de bâtonnets à bouts un peu amincis et arrondis, légèrement recourbés, renflés en poire ou en massue, granuleux et inégalement teintés. Au milieu de la masse énorme de microbes que les membranes altérées et fétides laissent parfois

(1) Voy. *Archives de laryngologie*, p. 119 et 250, 1890.

à la surface des lamelles, il arrive qu'on distingue difficilement le microbe de la diphtérie. Cela est rare. Et d'ailleurs, on peut tourner la difficulté, en durcissant les fausses membranes dans l'alcool et en faisant des coupes que l'on colore par la méthode de Gram et l'éosine. En arrière de la couche superficielle, riche en microbes vulgaires, on trouve, emprisonnés dans la fibrine, de petits amas très nets de bacilles spécifiques. Cet examen est facile et rapide. Il est très utile de le faire tous les jours. Quand la maladie marche vers la guérison, les bacilles deviennent moins nombreux. Quelquefois même, au début, on peut prédire une issue favorable, s'il y a peu de bacilles et beaucoup d'autres microbes, notamment certains cocci.

Pour établir le diagnostic de la diphtérie d'une façon absolument certaine, il faut isoler le bacille spécifique et l'obtenir à l'état de culture pure. Cela est facile si l'on se rappelle que le sérum coagulé est un milieu si favorable à la croissance du bacille diphtéritique que celui-ci y forme des colonies très apparentes en moins de 24 heures, surtout à 35°, alors que la plupart des microbes d'impureté ont à peine commencé à végéter. Les colonies se présentent sous forme de taches arrondies, blanc grisâtre, dont le centre est plus opaque que la périphérie.

Les auteurs ont appliqué ces procédés à l'hôpital des Enfants, particulièrement dans le service de M. Jules Simon, et les résultats obtenus ont été assez inattendus. Tel cas qui paraissait devoir être rangé sous la rubrique diphtérie ne relevait pas de cette maladie; tel autre, où l'aspect était celui d'une angine pullacée, était bien diphtéritique. La terminaison a prouvé plus d'une fois l'excellence du diagnostic et du pronostic établis par la bactériologie. Ceci prouve donc qu'il y a plusieurs espèces d'angines microbiennes à fausses membranes; mais l'histoire de ces angines est encore à faire.

II. Le bacille de la diphtérie persiste-t-il dans la bouche après la disparition des fausses membranes ? — La disparition du bacille de la diphtérie se fait en même temps que celle de l'enduit membraneux. C'est là la règle générale; mais cette règle comporte des exceptions. On peut trouver encore le bacille de la diphtérie, avec *toute sa virulence*, dans la bouche des personnes qui viennent d'avoir la maladie, quatorze jours après que les fausses membranes n'existent plus et que la muqueuse est parfaitement saine.

Le danger de la contagion ne disparaît donc pas avec la maladie. Les individus qui viennent d'avoir la diphtérie ne doivent donc pas reprendre trop tôt leur place dans leur famille, dans l'atelier, ou dans l'école.

III. Conservation du virus diphtéritique en dehors de l'organisme. — Le bacille diphtéritique se conserve très longtemps vivant dans les cultures ; sans air, à l'abri de la lumière, la virulence peut se conserver jusqu'à 13 mois. Le bacille se conserve aussi très longtemps dans les fausses membranes *desséchées* (cinq mois). — Mais sous l'action du soleil et de l'humidité alternant avec la sécheresse, le virus a été détruit assez rapidement.

D'autre part, les cas où la maladie paraît avoir été communiquée par des linges qui avaient servi à des diphtériques ne sont pas rares ; on en a cité qui étaient dus à des vêtements ou à des objets de literie conservés depuis deux ans. Il faut donc désinfecter le linge, les vêtements, la literie par l'action de la chaleur humide. Les étuves à vapeur sous pression conviennent particulièrement.

IV. De la virulence du bacille diphtéritique dans les fausses membranes. — Dans les diphtéries très graves, les cultures sont très virulentes ; elles le sont moins pour les diphtéries anodines. Bien que cette loi ne soit pas absolue, sa généralité est assez grande pour qu'on puisse dire que la gravité de la diphtérie ne dépend pas uniquement des conditions particulières au sujet porteur du bacille, mais aussi de la virulence du bacille.

De plus, quand la maladie est à son déclin, on isole un bacille diphtéritique qui est très peu virulent, et la virulence diminue à mesure qu'on s'éloigne du début et qu'on s'approche de la guérison.

Mais la présence d'un bacille sans virulence, très semblable à celui de la diphtérie par son aspect au microscope et l'apparence des cultures, a déjà été signalée par divers auteurs, non *seulement dans les fausses membranes diphtériques, mais aussi dans la bouche de personnes qui n'avaient pas eu la maladie*. Ce bacille a été désigné sous le nom de *bacille pseudo-diphtérique* ; il ne peut être distingué des bacilles non virulents, isolés des cas de diphtérie bénigne. Les auteurs ont donc été amenés à rechercher quels rapports il existe entre le bacille diphtérique vrai et le bacille pseudo-diphtérique. — Les résultats auxquels ils sont arrivés sont gros de conséquences.

V. Du bacille pseudo-diphtérique. — M. Loeffler, le premier, a signalé dans les fausses membranes croupales un bacille tout à fait semblable au bacille diphtérique, mais qui en diffère en ce qu'il n'a aucune action nocive sur les animaux. Or beaucoup d'autres auteurs ont observé le bacille pseudo-diphtérique dans la bouche de sujets bien portants.

Loeffler pense que ce bacille est différent de celui de la diphtérie. Mais

les différences morphologiques que l'on a relevées entre eux sont si faibles qu'elles ne prouvent rien. Ces organismes ne peuvent être distingués que par leur action sur les animaux ; mais *la différence de virulence ne comporte nullement la différence d'origine, et d'ailleurs la nature nous présente tous les intermédiaires entre le bacille diphtérique vrai et le bacille pseudo-diphtérique*. Donc les relations qui existent entre eux sont très probablement du même ordre, que celles qui existent entre la bactériodie charbonneuse virulente et la bactériodie très atténuée. — Voilà une grosse conclusion ; le bacille diphtérique vit normalement dans la bouche ; il est probable qu'il acquiert sa virulence sous l'action de facteurs encore inconnus. Il y a par suite des cas de diphtérie qui ne sont pas dus à la contagion. Donc soignons avec le plus grand soin la bouche et la gorge des sujets sains, et surtout des sujets atteints de fièvres éruptives, d'une angine simple, d'une maladie en un mot qui modifie la muqueuse bucco-pharyngée.

VI. De l'atténuation du virus diphtéritique. — Les auteurs ne croient pas qu'il soit légitime de parler couramment, comme l'ont fait certains auteurs, d'atténuation du virus diphtéritique. Cette atténuation n'est pas facile à obtenir. L'expérimentation a conduit les auteurs aux résultats suivants.

Les bacilles diphtéritiques finissent par périr quand ils sont cultivés à la température de 39°,5 à 40° dans un courant d'air.

L'action combinée de l'air et de la dessiccation constitue un moyen assez rapide de l'atténuation.

L'action combinée de la dessiccation et de la chaleur à 45°, agit de la même façon.

Le bacille atténué dans les cultures, se confond avec le bacille pseudo-diphtéritique de la bouche ; comme lui, il pousse plus abondamment et à une température plus basse, il rend le bouillon plus rapidement alcalin, il croît très peu dans le vide.

VII. Virus diphtéritique atténué et toxine. — Les auteurs se sont demandé si les bacilles atténués et le pseudo-diphtérique ont la faculté de faire la toxine diphtéritique au même degré que le bacille virulent. Or, toutes leurs expériences montrent que la propriété de faire le poison diphtérique appartient au bacille virulent, et que cette propriété toxigène va en s'affaiblissant à mesure que la virulence des bacilles diminue. Elle est au minimum dans les bacilles très atténués et dans le bacille pseudo-diphtérique.

VIII. Du retour à la virulence du bacille diphtérique

atténué. — « Pour la diphtérie comme pour le charbon, nous ne savons pas jusqu'ici renforcer la virulence quand elle est descendue trop bas ». Mais on peut réussir en prenant un bacille qui a encore une certaine action sur le cobaye. On obtient un renforcement en associant ce virus non mortel, mais encore pathogène à celui de l'érysipèle, et en inoculant le mélange aux cobayes. Séparés, le coccus de l'érysipèle et le microbe diphtérique atténué étaient incapables de donner la mort aux cobayes ; associés, ils les tuent rapidement avec les lésions de la diphtérie. Après ce passage sur le cobaye, le bacille affaibli a recouvré sa virulence et celle-ci s'est maintenue dans les cultures successives.

Et les auteurs terminent ainsi : « D'autres microbes, sans doute, pourraient comme celui de l'érysipèle servir à exalter la virulence du bacille diphtérique affaibli. Les organismes microscopiques de la bouche et ceux des fausses membranes devraient être étudiés à ce point de vue. La scarlatine, la rougeole sont souvent compliquées de diphtérie ; les angines, qui marquent le début de ces fièvres éruptives, préparent la muqueuse pour le développement du bacille diphtérique. On peut aussi penser que, dans certains cas, les diphtéries qui compliquent la rougeole et la scarlatine, ont peut-être pour origine les bacilles sans virulence si souvent présents dans la bouche. Sous l'influence de la maladie éruptive ou de quelque association microbienne inconnue, ils prendraient de la virulence et deviendraient virus diphtérique actif. C'est là une hypothèse ; mais comme nous avons prouvé que le bacille virulent de la diphtérie peut être atténué au point de ne pouvoir être distingué du pseudo-diphtérique, il n'est pas déraisonnable de supposer que ce bacille diphtérique joue un rôle dans l'étiologie de la diphtérie. Il est encore bien difficile de prévoir ce rôle. La plupart des cas de diphtérie sont assurément dus à la contagion directe, soit au moyen du virus frais, soit au moyen du virus desséché ; mais à côté de ces diphtéries venant directement d'un bacille virulent, il en existe probablement qui ont pour origine ce bacille pseudo-diphtérique, hôte de beaucoup de bouches. Devenu virulent dans des conditions que nous ne pouvons que soupçonner, il peut être le point de départ de contagions nouvelles.

L'étude des diphtéries rubéoliques et scarlatineuses nous dira sans doute ce qu'il faut penser de cette hypothèse. »

A. B. MARFAN.

Ueber die Localisation der Angina phlegmonosa. (Du siège de l'angine phlegmoneuse), par le Dr CHIARI de Vienne. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1889, n° 43.

Dans cet intéressant article qui jette un grand jour sur l'anatomie pathologique de l'esquinancie, l'auteur insiste sur ce fait, que rarement le pus se forme dans le tissu amygdalien. Le plus souvent l'inflammation suppurative se développe dans la cavité pharyngo-maxillaire, région bien décrite par Linhart et par Zuckerkandl. D'après ce dernier auteur, la région en question est divisée en deux loges, l'une antérieure, l'autre postérieure, par les muscles stylo-glosse et stylo-pharyngien. La loge antérieure, de coupe triangulaire, est limitée en dehors par le muscle ptérygoïdien interne, en dedans, par la paroi pharyngée attenant à l'amygdale. La loge postérieure, de coupe quadrangulaire est située entre la paroi pharyngée postérieure et la colonne vertébrale et contient, dans sa portion la plus postérieure, le gros faisceau vasculo-nerveux du cou. Les deux logettes remplies par un tissu cellulo-adipeux lâche, communiquent ensemble par un intervalle compris entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien.

Ces notions anatomiques montrent que les deux artères carotides, surtout l'externe, sont trop éloignées de l'amygdale pour que l'on doive craindre de les blesser en pratiquant des scarifications sur cet organe. En revanche, on a observé quelques cas d'érosion spontanée de ces vaisseaux dans le cours d'abcès de la région en question.

La continuité du tissu cellulaire de la fosse pharyngo-maxillaire avec celui des régions adjacentes explique les fusées possibles dans diverses directions, de foyers suppurés primitivement développés dans cette loge. C'est ainsi que, sur 34 cas d'angine phlegmoneuse, Chiari a vu le pus s'ouvrir une fois, en dedans de la branche du maxillaire inférieur et tout contre elle, une autre fois, au-dessous de la dernière molaire inférieure.

Mais le point essentiellement pratique sur lequel insiste justement Chiari c'est que, dans la majorité des cas, le foyer purulent développé au-dessus et en dehors de l'amygdale vient proéminer en avant de cette glande, au niveau du pilier antérieur, entre la base de la luette et la dent de sagesse supérieure.

Chiari termine son travail par les conclusions suivantes :

1° L'angine phlegmoneuse a rarement son siège dans l'amygdale elle-même ; elle donne lieu alors, la plupart du temps, à de petits abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes à la surface de la glande ou que l'on peut facilement ouvrir.

2° Généralement l'inflammation se localise en dehors et au-dessus de l'amygdale, refoulant cet organe en bas et en dedans et faisant fortement saillir le pilier antérieur en avant, dans l'intérieur de la bouche.

3° La formation du pus qui est la terminaison habituelle de la maladie est annoncée par l'œdème concomitant de la luette et des piliers, par des douleurs vives, lancinantes, irradiant vers l'oreille, enfin par la fluctuation. Pourtant tous ces signes peuvent être trompeurs; on tentera donc dans les cas douteux, l'effet d'une ponction exploratrice qui devra être pratiquée au milieu du pilier antérieur, directement en arrière et à 2 centimètres de profondeur.

4° La présence du pus une fois établie, on enfoncera un ténotome pointu ou un bistouri enveloppé d'un peu de sparadrap dans le milieu d'une ligne allant de la luette à la couronne de la dent de sagesse supérieure, à moins qu'on ne constate en un autre point une place jaunâtre, saillante et fluctuante. L'instrument sera plongé directement en arrière, parallèlement au pilier antérieur et pourra sans danger être porté à une profondeur de 1 à 2 centimètres. Si l'on voit sourdre du pus par l'ouverture ainsi pratiquée, on l'agrandira inférieurement en retirant le bistouri.

5° Si l'on ne peut établir sûrement la présence du pus et qu'il existe néanmoins un gonflement prononcé, on pratiquera la même ponction qui aura tout au moins pour effet de dégorger les parties enflammées.

6° Il peut arriver exceptionnellement que le pus tende à s'ouvrir ailleurs; il est donc indispensable de pratiquer chaque fois un examen attentif de la bouche, de la gorge et de la cavité naso-pharyngienne (autant que faire se pourra). On arrivera généralement de la sorte à découvrir le foyer purulent.

LUC.

Nouveau procédé pour opérer les végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant, par R. CALMETTES et LUBET-BARBON. (*Gaz. hebdomadaire*, 20 août 1890.)

A l'exemple du professeur Moritz Schmidt de Francfort-sur-Mein, nos collègues proposent de remplacer l'anesthésie chloroformique, antérieurement prônée par l'un d'eux, par l'emploi du bromure d'éthyle, les effets passagers de cet agent le rendant particulièrement propre aux opérations de courte durée, telles que celle dont il s'agit et son usage n'exposant pas à la production de syncopes.

Ils trouvent, en outre, avantage à remplacer le couteau de Gottstein par un instrument semblable légèrement modifié par Schmidt, dont la lame n'ayant pas une disposition excentrique ne peut entamer le réseau vei-

neux sous-jacent à l'implantation des végétations ni donner lieu à des hémorrhagies immédiates ou consécutives.

LUC.

Zur Anatomie des Nasenracheuraumes. De l'anatomie de la cavité naso-pharyngienne, par le Dr POELCHEN, de Kœnigberg. *Arch. Virchow*, t. 119, p. 118.

L'auteur repousse la description de Luschka tendant à faire de la bourse pharyngée un organe à part.

Il résulte de ses nombreuses recherches cadavériques que l'on trouve fréquemment sur la voûte pharyngée, à sa partie moyenne, une petite cavité sous forme de fente ou de fossette arrondie limitée par des bords fermes et se continuant inférieurement avec une dépression correspondant à l'intervalle des deux muscles grands droits antérieurs de la tête. Chez les enfants et chez certains adultes ces détails sont souvent masqués par l'hypertrophie du tissu adénoïde.

L'auteur donne à cette cavité le nom de fossette naviculaire. Il l'a rencontrée, dans ses nombreuses recherches cadavériques, dans la proportion de 62,3 fois sur 100.

La fossette en question se continue parfois dans l'épaisseur de l'apophyse basilaire, sous forme d'un foramen cæcum plus ou moins profond. La muqueuse tapisse cette dépression dans toute son étendue et présente à ce niveau une adhérence toute particulière. Sur un malade opéré par Mikulicz et chez lequel on pouvait, consécutivement à l'ablation d'un maxillaire supérieur, examiner toute l'étendue du pharynx nasal, Pœlchen a constaté qu'au moment de la déglutition la muqueuse de cette région se déplaçait, dans toute son étendue, sauf au niveau de la fossette naviculaire, par suite de l'adhérence précédemment indiquée.

Il résulte de là, qu'à la faveur de cette immobilité la cavité en question forme une sorte de réservoir où peuvent s'accumuler les sécrétions normales ou pathologiques. C'est par ce mécanisme que l'auteur explique les troubles spéciaux de sécrétion (catarrhe localisé ou kyste) mentionnés par Tornwaldt comme particuliers à cette région.

Le travail de Pœlchen est enrichi de plusieurs figures.

La première représente une coupe transversale verticale de l'apophyse basilaire. Au-dessous de la face inférieure de cet os, on voit une couche épaisse de tissus fibreux formés par le périoste au milieu duquel s'insère, de chaque côté, le muscle droit antérieur de la tête. Dans l'intervalle de ces muscles, le tissu fibreux manque et la muqueuse arrivant directement au contact de l'os forme ainsi la fossette naviculaire.

La deuxième figure représente une coupe verticale antéro-postérieure.

La figure 3 représente la voûte pharyngée, après ablation de la muqueuse et des insertions musculaires.

Enfin la figure 4 montre les muscles droits antérieurs de la tête avec leur forme prismatique, triangulaire, déterminant, par leur intervalle, le sillon qui succède inférieurement à la bourse pharyngée.

LUC.

III. — LARYNX

On radical operations for the cure of intrinsic carcinoma of the larynx. (Des opérations radicales pratiquées en vue de guérir le carcinome intrinsèque du larynx), par le Dr HENRY BUTLIN, de Londres. Communication faite au Congrès de Berlin. *Brit. med. Journ.* 23 août 1890.

Sous le nom de cancer intrinsèque, Butlin entend toute tumeur carcinomateuse implantée à l'intérieur de la cavité laryngée, notamment sur la bandelette ventriculaire, la corde vraie et les parties sous-jacentes, ou dans le ventricule. Les cancers développés primitivement sur l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, le pli inter-aryénoïdien et le sinus pyriforme appartiennent au contraire au type extrinsèque. L'auteur attache, comme ses prédécesseurs, une grande importance à cette distinction, au point de vue du pronostic, la forme intrinsèque se caractérisant par la lenteur de son évolution et par la longue immunité laissée aux ganglions lymphatiques, tandis que les cancers extrinsèques présentent habituellement une tendance fâcheuse à envahir rapidement les régions avoisinantes et à retentir sur l'appareil ganglionnaire correspondant et se prêtent par conséquent infiniment moins à une intervention radicale. Butlin reconnaît toutefois que cette bénignité comparative du carcinome intra-laryngé n'est pas constante et il cite comme exception, à côté de la règle qu'il vient de poser, le fait d'un cancer qui, primitivement implanté sur une corde vocale, s'étendit rapidement, dans l'espace de 3 ou 4 mois, au-dessus et au-dessous d'elle, fut extirpé après thyrotomie, récidiva avant que la malade eût quitté l'hôpital, envahissant largement la région cervicale en un seul mois et déterminant la mort au bout de 3 mois. Inversement, le cancer extrinsèque pourrait exceptionnellement aussi présenter une bénignité toute relative et se prêter à une tentative d'opération curative.

En raison du caractère exceptionnel des faits précédents, l'auteur a limité son travail au carcinome intrinsèque.

Avec l'aide du D^r Kanthac, il a rassemblé 102 faits d'opérations pratiquées sur 95 malades provenant de pays différents.

Ces 102 faits se décomposent de la façon suivante :

48 thyrotomies suivies de l'extraction des parties malades de la cavité laryngée.

43 extirpations partielles (généralement il s'agissait d'hémi-extirpations).

51 extirpations totales.

L'auteur divise son travail en 3 parties ainsi intitulées.

A. Morts dues à l'opération.

B. Malades guéris par l'opération.

C. Soulagement obtenu par les malades non guéris.

A. — 28 thyrotomies furent pratiquées sur 27 malades. 3 malades succombèrent aux suites de l'opération, 23 extirpations partielles du larynx donnèrent 7 morts consécutives à l'opération.

Enfin sur 51 extirpations totales (dont 6 pratiquées sur des malades ayant antérieurement subi la thyrotomie) il y eut 16 morts attribuables à l'intervention.

Voici les causes de la mort *post-opératoire* :

L'un des sujets morts à la suite de la thyrotomie succomba à un œdème pulmonaire par suite d'un accident tout fortuit déterminé par une canule trachéale. Ce fait ne devrait donc pas figurer à la charge de la thyrotomie.

L'auteur compte en outre :

1 mort par hémorrhagie secondaire.

2 » par paralysie cardiaque.

3 » par épuisement.

3 » de cause indéterminée.

1 » par pleurésie.

6 » par pneumonie (schluck-pneumonie).

9 » par accidents septiques.

Butlin insiste sur l'importance de ces deux derniers mécanismes dont la prédominance est frappante et s'attache à en rechercher la raison. Il reconnaît la difficulté ou l'impossibilité que l'on éprouve à maintenir aseptiques les plaies tant trachéales qu'intralaryngées. Cela peut avoir de l'influence sur la pathogénie des accidents septiques si souvent observés ; il pense pourtant que l'infection se produit bien moins souvent au niveau de la plaie que dans le parenchyme pulmonaire, à la suite de l'écoulement dans la trachée de liquides alimentaires ou sanieus.

Comme les meilleurs moyens préservatifs contre ces accidents, il préconise : l'emploi de la canule trachéale de Hahn, le tamponnement de la plaie avec des substances absorbantes, le nettoyage fréquent, au moyen de plumes ou d'éponges montées, de la canule et même de la trachée, en vue de provoquer des accès de toux expulsive, l'introduction dans la plaie de substances antiseptiques, sous forme de spray ou d'insufflation, enfin l'emploi de la sonde œsophagienne. Mais il reconnaît que trop souvent toutes ces mesures se montrent vaines.

Butlin se propose de recourir, dans l'avenir, aux précautions suivantes : se passer de la canule trachéale après l'ablation du premier tampon, saupoudrer fréquemment la plaie avec de l'iodoforme, placer, au-devant de la plaie cutanée, une pièce de gaze iodoformée, fréquemment renouvelée, maintenir la tête du malade dans une position légèrement déclive, apporter enfin une attention toute spéciale à prévenir le passage de liquides alimentaires dans les voies aériennes, au moment où la sonde œsophagienne est introduite ou enlevée.

B. — L'auteur ne reconnaît comme guérisons réelles que celles qui se sont maintenues après 3 ans d'observation.

Ceci posé, sur les 28 malades ayant subi la thyrotomie, il compte :

3 morts, suite de l'opération.

13 récidives.

8 guérisons insuffisamment suivies (l'un de ces malades succomba, 13 mois après, à une affection différente).

3 guérisons durables.

Sur les 23 faits d'extirpation partielle :

7 morts, suite de l'opération.

6 récidives.

5 guérisons insuffisamment suivies (l'un de ces malades succomba à une autre cause, au bout de 2 ans 1/2).

4 guérisons durables.

Sur les 51 faits d'extirpation totale :

16 morts, suite de l'opération.

17 récidives.

4 guérisons insuffisamment suivies, 6 morts par d'autres causes, avant l'expiration de 3 années (2 pneumonies, 2 apoplexies, tous les 4 au bout de quelques mois, le 5^e malade mort alcoolique au bout de 20 mois; le 6^e mort d'inanition (?) au bout de 2 ans, sans traces de cancer à l'autopsie).

8 guérisons durables.

Butlin insiste sur les résultats décourageants donnés par une deuxième intervention opératoire pratiquée après récidence du mal. Ainsi, sur 7 malades présentant une récidence à la suite de la thyrotomie, 1 subit de nouveau la même opération et fut perdu de vue, les 6 autres subirent l'extirpation totale : 2 moururent de l'opération, 3 périrent de récidence, peu de mois après, le 6^e ne tarda pas à succomber au milieu de symptômes asphyxiques. Les manœuvres opératoires tentées en cas de récidence à la suite d'extirpation totale du larynx donnent des résultats tout aussi désastreux. L'auteur arrive donc à la conclusion : *que le meilleur, pour ne pas dire le seul espoir, réside dans la première intervention.*

Pour ce qui est du choix du procédé opératoire, il recommande l'opération la moins étendue (the smallest) combinée avec la plus vaste excision possible du mal et l'ablation d'une large zone du tissu voisin.

Il recommande que le larynx soit largement ouvert afin que l'on puisse bien se rendre compte du siège et des limites du mal. Souvent, ajoute-t-il, le néoplasme présentera, dans ces conditions, une étendue plus grande que celle que laissait supposer le miroir laryngoscopique.

Il lui paraît généralement inutile d'enlever le squelette laryngé. Il suffit souvent d'opérer à la surface du cartilage dénudé, un raclage soigneux de toutes les parties molles suspectes, *le cancer pénétrant et repullulant difficilement dans les os et surtout dans les cartilages.*

Ici, Butlin se livre à des considérations sur la valeur comparative de la thyrotomie et de l'extirpation. Il insiste sur la faible proportion de survies conférée par l'extirpation totale et sur l'état précaire et l'état fragile des malades qui ont subi cette opération.

Tout en rendant justice aux remarquables résultats radicaux obtenus dans quelques cas par B. Fränkel, au moyen de simples opérations intralaryngées, il croit devoir considérer ces faits comme exceptionnels et ne devant pas être présentés en général comme des exemples à suivre, car ils pourraient servir d'encouragement, dans bien des cas, à une temporisation funeste.

C. — Dans ce dernier chapitre, l'auteur étudie comparativement l'état dans lequel les malades sont placés, consécutivement à chacune des opérations précédentes.

A la suite de la thyrotomie, en raison de la conservation des fonctions laryngées, la mesure du soulagement est donnée par celle du répit qui précède toute apparition de récidence. La situation est à peu près la même

après une extirpation partielle. Au contraire, les malades ayant subi l'extirpation totale, ont à souffrir de la dysphagie et de la gêne causée par la présence du larynx artificiel, etc.

LUC.

Épithélioma primitif du larynx. Périchondrite suppurée du thyroïde,
par le Dr H. RENDU, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Cette intéressante observation fait le sujet d'une des cliniques que notre cher maître vient de rassembler en deux volumes (1).

Un homme de 59 ans, d'apparence cachectique, se fait admettre à l'hôpital Necker pour une sensation de gêne au cou, compliquée de cornage. Il existe au-dessus de la clavicule droite un ganglion dur et volumineux. L'examen laryngoscopique révèle la présence, dans la cavité laryngée, d'une tumeur arrondie du volume d'un œuf de pigeon, immobile, implantée sur la paroi gauche de l'organe et correspondant à la bandelette ventriculaire. On porte le diagnostic : épithélioma primitif.

Quinze jours après, au milieu d'une quinte de toux, le malade rejette des crachats sanglants mêlés à des matières purulentes.

A la suite de cet incident, la gêne de la respiration qui avait fait, les jours précédents, des progrès inquiétants, se calme notablement et le miroir laryngé montre la tuméfaction considérablement réduite de volume, mais, en même temps que se produit cet amendement, le malade éprouve une vive douleur le long du sterno-mastoidien du côté droit et bientôt se montrent tous les signes d'un phlegmon de cette région qui, ouvert et traité antiseptiquement se tarit au bout d'une douzaine de jours. A ce moment la respiration est redevenue normale. On diagnostique une périchondrite suppurée que l'on éprouve quelque tendance à rapporter à un traumatisme cervical remontant à cinq ans.

Cependant l'amélioration constatée n'est pas de longue durée. Moins de quinze jours après, la tuméfaction et la dyspnée reparaissent, nécessitant cette fois la trachéotomie et, un mois plus tard, le malade succombait à une broncho-pneumonie.

L'autopsie révéla une tumeur de nature épithéliomateuse, limitée en dehors par le cartilage thyroïde, en arrière par l'aryténoïde, en dedans par le ventricule et les cordes vocales, lesquelles étaient tuméfiées, surtout la supérieure. En haut elle remontait dans l'épaisseur des replis

(1) Leçons de clinique médicale, par le Dr Henri RENDU, t. I, p 228. Chez Doin, Paris, 1890.

aryténo-épiglottiques en les dédoublant, en bas elle ne dépassait pas la glotte et respectait la corde vocale inférieure.

Au niveau du ventricule se voyait une ulcération tomenteuse et vil-leuse, communiquant par un trajet fistuleux avec le cartilage thyroïde dénudé.

Il s'agissait donc d'un épithélioma intralaryngé primitif, compliqué de périchondrite suppurée du cartilage thyroïde.

LUC.

Vorschläge zur Kehlkopfextirpation. (Considération sur l'extirpation du larynx), par le professeur BARDENHEUER de Cologne. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 22 mai 1890.

Bardenheuer raconte qu'il a perdu ses premiers opérés par le fait d'accidents septicémiques survenant du 8^e au 14^e jour et qu'il attribue à la rétention de liquides dans la partie la plus profonde de la plaie.

Chez quatre malades ultérieurement opérés, ces accidents ont été évités grâce à l'adoption des mesures suivantes :

Bardenheuer recommande tout d'abord l'emploi de lavages désinfectants de la bouche, pendant les jours qui précèdent l'opération. Après celle-ci le malade ne doit avoir ni oreiller ni traversin. Le matelas doit même être attiré un peu en arrière, de façon que la tête de l'opéré pende au delà de son bord, dans une position absolument déclive. On évite ainsi le danger de la descente des liquides septiques dans les voies aériennes. Il est en outre parvenu à établir une barrière entre la plaie et le canal alimentaire en suturant la paroi antérieure de l'œsophage et la muqueuse sous-épiglottique. La plaie est tamponnée avec de la gaze stérilisée et le pansement n'est renouvelé qu'après deux jours, ou plus (cela dépend de la solidité de la suture précédemment indiquée). Grâce à cette dernière, on obtient l'avantage de pouvoir alimenter les malades sans le secours de la sonde.

LUC.

Report of a case of partial Laryngectomy for carcinoma of the larynx. (Relation d'un cas de laryngectomie partielle pour un carcinome du larynx), par le Dr MAX THORNER, de Cincinnati, in *Journ. of the Amer. med. Associat.*, 21 juin 1890.

Il s'agissait d'un carcinome du ventricule gauche, conforme au type décrit par B. Fränkel. L'auteur n'ayant pu se procurer la canule à éponge de Hahn opéra sa malade (une femme de 51 ans), la tête pendante et put éviter ainsi la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Les suites immédiates de l'opération se passèrent aussi simplement et

favorablement que possible, mais la malade succomba le 5^e jour avec des signes de défaillance cardiaque.

L'examen antérieur du cœur n'avait pourtant pas révélé d'affection valvulaire.

LUC.

Untersuchungen ueber die Aetiologie der Kehlkopftuberculose.

(Recherches sur l'étiologie de la tuberculose du larynx), par E. FRAENKEL (Hambourg). *Virchow's Archiv.*, t. 121, p. 523.

Dans ce travail qui peut être considéré comme un des plus importants récemment parus sur la question, l'auteur discute en particulier deux points encore en litige.

1^o Toutes les ulcérations laryngiennes se développant au cours de la phtisie pulmonaire sont-elles tuberculeuses et, d'une façon générale, y a-t-il des pertes de substance qui ne soient pas produites par le bacille de Koch ?

2^o La phtisie laryngée, est-elle produite exclusivement par l'invasion des bacilles de la tuberculose dans les tissus du larynx ou est-ce que le bacille spécifique est aidé dans son travail de destruction par d'autres microbes ?

Avant de s'occuper de résoudre ces deux questions, E. Fraenkel étudie le mode d'invasion des bacilles dans le tissu laryngien et, se basant sur l'exploration microscopique la plus minutieuse de 16 cas de laryngite ulcérate trouvés sur des individus morts de phtisie pulmonaire, il tranche la question catégoriquement dans le sens de Koch, d'Eppinger, d'Orth et de Pagrebinsky, auteurs qui plaident en faveur du développement de la tuberculose laryngée par invasion des bacilles de la surface à travers l'épithélium et contre l'infection par les voies sanguines et lymphatiques.

D'après lui, l'absence de l'épithélium n'est pas la condition sine qua non de l'ingression des bacilles.

Sur ce point l'auteur reconnaît être en désaccord avec Korkounof qui, en s'appuyant sur ses recherches, avait été conduit à l'opinion, que l'infection bacillaire du larynx serait effectuée par la voie des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Quant à la question de savoir si les affections pathologiques du larynx se présentant sur des individus atteints de phtisie pulmonaire doivent toujours être attribuées aux bacilles de Koch ou peuvent parfois en être indépendantes, Fraenkel déclare que toutes les destructions remarquables étaient effectuées par ce bacille spécifique et qu'il n'y avait qu'un nombre

infime de cas dans lesquels l'affection était de nature non tuberculeuse.

La seconde question, celle de savoir si les bacilles de la tuberculose à eux seuls peuvent produire dans le larynx toutes les modifications bien connues, constituant le tableau de la phtisie laryngée, est résolue par Fraenkel de la façon suivante : pour lui, l'installation des bacilles de Koch dans les tissus constituerait l'agent essentiel de la formation et du développement des lésions tuberculeuses, mais dans un grand nombre de cas interviendraient d'autres microbes, notamment des pyogènes (streptocoques et staphylocoques) pour produire une infection secondaire des parties déjà atteintes.

Mais la présence de ces derniers microbes ne serait pas indispensable, même pour les destructions les plus profondes telles que les lésions cartilagineuses etc.

D'autre part, les processus suppuratifs, consécutifs à la phtisie laryngée ne sont pas constamment attribuables au bacille de Koch.

En revanche, l'auteur a toujours rencontré ce bacille dans les ulcérations dites *aphteuses* ou *lenticulaires*.

Fraenkel termine son intéressant travail par des conclusions pratiques relatives au traitement et tendant à justifier la méthode chirurgicale de Heryng : « Une intervention chirurgicale aussi énergique que possible s'impose, dit-il, en face de toute lésion reconnue tuberculeuse, tout particulièrement dans les périodes initiales de la maladie, en vue de circonscrire le processus dévastateur dans son foyer primitif ».

DREYFUSS (de Strasbourg).

Syphilitic stenosis of the pharynx. (Sténose syphilitique du pharynx),
in the *Amer. Journ. of the med. sciences*, décembre 1889.

Fraenkel a présenté à la Société laryngologique de Berlin (*Deuts. med. Work.*, août 1889) un garçon de 17 ans, syphilitique, avec une adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx et une adhérence membraneuse de la base de la langue à la paroi postérieure du pharynx. L'orifice était assez contracté pour ne permettre qu'à peine le passage d'un stylet. L'incision de la membrane fut suivie d'une ulcération qui détruisit et la membrane et ce qui restait de l'épiglotte, et qui laissa, après guérison, une cicatrice membraneuse entre la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx avec une ouverture centrale plus petite qu'un haricot que l'on dilata avec des bougies ; mais, les aliments passant dans le larynx lorsque cette ouverture atteignait une certaine dimension, on fut obligé de la laisser seulement suffisante pour

la respiration. Le malade ayant eu une nourrice syphilitique, il a été impossible de déterminer si sa syphilis était congénitale ou acquise.

GOULY.

IV. — RÉGION CERVICALE

Ein seltener Fall von Speiseröhrenkrebs. (Un cas rare de cancer de l'œsophage), par le Dr BISCHOF, in *Muench. medicin. Wochenschrift*, n° 12, 1890.

Chez une femme de 67 ans qui avait longtemps souffert de dyspnée et, de temps en temps, d'accès de suffocation l'examen laryngoscopique démontra une tumeur rougeâtre de la grosseur d'une noisette qui couvrait l'aryténoïde droit et une partie du repli ary-épiglottique du même côté, et formait avec l'épiglotte une fente par laquelle l'air passait en sifflant pendant l'inspiration et l'expiration. L'entrée de l'œsophage était d'un gris jaunâtre et parsemée de pus. En outre, engorgement de nombreux ganglions voisins.

On porta le diagnostic de néoplasme malin d'origine laryngienne ayant envahi la partie supérieure de l'œsophage, et dont l'origine vraisemblable était la fausse corde gauche.

L'autopsie, au contraire, démontra qu'il s'agissait d'un cancer œsophagien qui avait amené une périchondrite de l'aryténoïde gauche et qui, du côté gauche, avait pénétré si profondément que le tissu cellulaire extérieur du cou étant entré en dégénérescence putride avait livré passage à l'air.

DREYFUSS (de Strasbourg).

Possibilité des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction des médicaments (1), par le Dr RICARDO BOTEY, de Barcelone.

Résumé des expériences. — Injection trachéale, au moyen de la seringue de Pravaz, chez un lapin de grande taille, de un gramme d'eau distillée. Pas de symptômes. Nouvelle injection de deux grammes d'eau distillée; pas de toux; quelques symptômes passagers d'asphyxie que la respiration artificielle fait rapidement disparaître. L'animal est sacrifié le lendemain et l'autopsie ne montre *absolument rien d'anormal ni dans les bronches ni dans les poumons.*

Chez un deuxième lapin, injection de 3 grammes d'eau distillée: asphyxie plus accentuée. L'autopsie faite au bout de 48 heures ne mon-

(1) Lu à l'Académie des sciences par M. le professeur Bouchard à la séance du 21 juillet 1890.

tre rien d'anormal ni dans les bronches ni dans les poumons.

Chez un troisième lapin, injection coup sur coup de 4 seringues d'eau distillée ; l'animal tombe raide mort au bout de quelques minutes ; à l'autopsie, les poumons sont lourds, œdémateux, congestionnés, les bronches remplies d'écume sanguinolente.

Chez un quatrième lapin, injection 9 jours de suite de 1 gr. et demi d'eau distillée ; pas de symptômes. L'animal est sacrifié au bout de ce laps de temps et il n'y a rien dans les poumons.

Les injections médicamenteuses ont donné les résultats suivants :

Sur un premier lapin injection de 50 centigr. d'une solution de nitrate d'argent (1/2 0/0). Un peu d'anxiété pendant quelques minutes. L'animal est sacrifié au bout de 40 heures. Rien dans les poumons. Les bronches et la trachée ont seulement quelques petites taches d'une couleur blanc sale et l'épithélium paraît à la loupe quelque peu dilaté dans certains endroits.

Chez un autre lapin, injection de cinquante centigr. d'une solution de bichromate de potasse (1/2 0/0). L'autopsie faite au bout de 48 heures montre que toute la muqueuse respiratoire est normale en apparence.

Sur un troisième lapin l'introduction dans l'œsophage d'un gramme de cette solution fut suivie de perte complète de l'appétit ; l'animal resta pendant deux jours blotti dans le coin de sa cage et l'autopsie démontra que son estomac était fortement congestionné, enflammé, de même qu'une partie de l'œsophage.

Poussant plus loin ses recherches, l'auteur, qui a l'habitude de s'auto-laryngoscoper, a institué sur lui-même les expériences suivantes :

Une seringue de 25 centim. cubes de capacité, pourvue d'une longue canule très fine, est introduite dans le larynx jusqu'à 2 ou 3 centim. des cordes vocales, et une injection de 10 gr. d'eau distillée est faite dans la trachée en tâchant que le liquide coule le long de ses parois. Rien d'anormal. Pas de toux. Le jour suivant, injection de 25 gr. d'eau distillée. Pas de toux ; pas le moindre malaise, seulement, diminution du nombre des pulsations et de la respiration. R. 17. P. 74. Au bout de 3 jours, injection de 37 gr. d'eau distillée, et au bout de 8 jours de 50 gr. Ni toux ni gêne respiratoire.

Chez une malade atteinte de syphilis laryngo-trachéale, injection de 15 centim. cubes d'une solution d'iodure de potassium au centième sans provoquer de réflexe. Quelques jours plus tard injection de 25 centim. cubes de la même solution à laquelle on ajoute un centigr. de bichlorure de mercure. Ces injections faites tous les deux jours furent répétées 17 fois

de suite. Non seulement la malade les supporta parfaitement mais elle guérit de son affection laryngo-trachéale. GOUÏY.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas de coupes après congélation pour l'étude de l'anatomie des fosses nasales, par le professeur B. FRAENKEL, de Berlin ; premier volume paru, le deuxième sur le point de paraître (chez Hirschwald).

Pathologie et thérapeutique du pharynx, des fosses nasales et du larynx, par le professeur MASSEI, T. II, *Larynx*, 1 vol. de 572 pages avec figures et planches hors texte. Naples, 1890.

La seconde partie de l'ouvrage du professeur Massei est entièrement consacrée au larynx. La pathologie laryngée, que notre éminent confrère de Naples a toujours cultivée avec une prédilection marquée, est exposée dans le deuxième volume plus complètement encore que celles du nez et du pharynx dans le premier. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici une analyse détaillée de cet excellent traité : il nous faudrait consacrer une page à chacun des chapitres, et la place nous manque pour le faire. Toutefois, pour donner au lecteur une idée de l'ensemble de l'ouvrage, nous indiquerons brièvement le plan suivi par l'auteur, et nous signalerons, chemin faisant, quelques-uns des points les plus importants.

La première partie du volume, consacrée à l'anatomie et à la physiologie laryngées, est un excellent résumé de ces questions ; la seconde a trait à la technique laryngoscopique, et c'est seulement lorsque le lecteur a été initié d'abord à la structure et aux fonctions du larynx, et ensuite aux moyens permettant de l'observer chez le vivant, que l'auteur aborde la pathologie. Après l'étude des troubles circulatoires : anémie, hyperhémie, œdème et hémorrhagie, M. Massei s'occupe des inflammations. Dans un premier groupe, il fait l'histoire de la laryngite catarrhale aiguë et de ses variétés (laryngite sous-glottique, laryngite hémorrhagique) ; et dans un second, celle de la laryngite catarrhale chronique, des hypertrophies de la muqueuse laryngée, de la laryngite sèche et de l'ozène laryngo-trachéal. Puis, après avoir parlé de la laryngite diphthéritique, il passe aux inflammations du tissu conjonctif sous-muqueux, qui constituent le quatrième groupe des inflammations laryngées ; la laryngite œdémateuse aiguë, la laryngite phlegmoneuse, l'épiglottite aiguë y sont étudiées d'abord ; ensuite la laryngite hyperplastique, la laryngite sous-glottique chronique, puis le rhinosclérome. Le cinquième groupe comprend les laryngites symptomatiques et secondaires.

Après les inflammations simples, M. Massei décrit les affections parasitaires : l'érysipèle primitif, question qu'il a, comme on sait, élucidée dans des travaux antérieurs ; puis la tuberculose, le lupus, la syphilis, la lèpre. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas jugé à propos d'étudier avec ces diverses affections parasitaires, la diphtérie et le rhinosclérome, au lieu de les décrire avec les inflammations simples.

Il n'est pas un seul des chapitres de cette première partie du livre qui ne soit digne de la plus sérieuse attention : signalons entre autres la description magistrale de la laryngite diphtéritique, celle de la laryngite stridulense, celle de la périchondrite laryngée. La tuberculose laryngée a été étudiée avec tous les développements désirables et la question du traitement a fourni à l'auteur l'occasion de montrer une sage réserve sur la valeur des interventions chirurgicales endolaryngées, aujourd'hui si vantées par quelques auteurs. Le chapitre qui traite de la syphilis du larynx est également très recommandable.

Les pages suivantes sont consacrées aux affections nerveuses du larynx ; troubles sensitifs et troubles moteurs. Parmi les chapitres les plus intéressants, il faut noter ceux qui traitent de la toux nerveuse du larynx, et des spasmes professionnels. Les paralysies motrices y sont étudiées avec soin et le spasme de la glotte a été l'objet d'une description très remarquable. Nous devons dire cependant que, sur un certain nombre de questions relatives aux affections laryngées neuro-musculaires, nous ne partageons pas les opinions de notre savant confrère. Nous ne pouvons le suivre lorsque, abandonnant complètement les idées défendues par Semon sur les paralysies laryngées respiratoires, il se rallie sans réserve à la doctrine de Krause. M. Massei va même dans cette voie plus loin que le professeur de Berlin : pour lui, les paralysies vocales bilatérales des hystériques ne sont autre chose que des contractures bilatérales des crico-aryténoïdiens postérieurs. Cette opinion est passible de critiques nombreuses, et la facilité avec laquelle ces aphonies hystériques disparaissent pour la plupart, momentanément ou définitivement, sous l'influence de l'électrisation ou même du traitement psychique, nous semble être l'une des plus sérieuses objections qu'on puisse lui faire, car nous savons que les contractures dues à l'hystérie comptent parmi les plus tenaces des accidents causés par cette névrose.

Quant à l'existence des contractures permanentes frappant primitivement les muscles d'une corde vocale, nous ne pensons pas que jusqu'ici ni la clinique, ni l'expérimentation physiologique aient réussi à en donner une démonstration irréfutable ; pas plus qu'elles ne sont parvenues à élucider la question des paralysies bilatérales des dilatateurs glottiques.

Aussi préférons-nous, au moins provisoirement, nous en tenir à l'opinion de Semon et de Rosenbach et admettre que la paralysie d'un ou des deux dilatateurs est vraisemblablement l'affection primitive, et la contracture permanente plus ou moins généralisée, des adducteurs, un trouble secondaire. Nous trouvons plus logique de penser à la paralysie, dans les cas de lésion récurrentielle périphérique, parce que nous savons que la compression d'un nerf moteur telle que la réalise en clinique une tumeur voisine ou encore la névrite primitive d'un nerf de ce genre, amène d'ordinaire une paralysie flasque, et non une contracture permanente. Que, dans le récurrent, les fibres du pneumogastrique soient plus vulnérables que celles du spinal, c'est un fait évidemment difficile à comprendre, mais qui n'est pas si extraordinaire cependant qu'il soit nécessaire, pour l'expliquer, d'imaginer que ces fibres occupent la périphérie du tronc nerveux. Nous savons d'ailleurs que la fonction respiratoire du larynx, automatique, ou du moins pouvant s'exercer sans que la volonté intervienne, est indépendante, au moins en partie, de sa fonction vocale; nous savons qu'en dehors des actes volontaires, celle-ci ne s'exerce guère non plus que sous l'influence d'excitations centrifuges d'ordre réflexe, mais passagères. En joignant à ces notions celle de la possibilité des paralysies réflexes, d'actes inhibitoires, nous nous rendons compte, incomplètement sans doute, mais jusqu'à un certain point cependant, du mécanisme des paralysies respiratoires bilatérales dans les cas de lésions périphériques unilatérales, aussi bien que dans les cas de lésions bulbaires.

D'ailleurs, nous n'ignorons pas que souvent une paralysie récente portant sur tous les muscles d'une corde vocale innervés par le récurrent du même côté peut en imposer pour une paralysie isolée du dilatateur, alors que la portion médiane est due à la conservation de l'action du muscle aryténoïdien, innervé, chez le sujet observé, par les deux récurrents; aussi bien qu'elle peut faire croire à une contracture lorsque cette action de l'aryténoïdien est assez marquée pour attirer le cartilage au delà de la ligne médiane. Il est alors bien difficile de faire un diagnostic précis, de même que, dans les cas où l'image laryngoscopique éveille l'idée d'une paralysie double des dilatateurs incomplète, il est parfois impossible, au moins à un premier examen, d'éliminer l'hypothèse d'un état spasmodique plus ou moins marqué, plus ou moins généralisé, des muscles adducteurs, sans paralysie respiratoire concomitante. Les signes différentiels sont infidèles et de médiocre valeur, car l'innervation des muscles du larynx est, comme on sait, sujette à des anomalies individuelles; et le rôle du laryngé supérieur en particulier semble être très variable suivant les sujets. Mais comment pourrions-nous croire à une contracture généra-

lisée des muscles adducteurs, en voyant un larynx qui présente l'aspect classique de la « paralysie bilatérale et complète, des dilatateurs » (faces internes des aryténoïdes au contact en arrière, cordes en position médiane, mais flasques pendant la respiration, soulevées pendant le passage de l'air expiré qui les écarte à leur centre, attirées en bas au contraire et rapprochées par le courant d'air respiratoire)? Il ne nous semble certainement pas douteux qu'en pareil cas le faisceau antérieur et direct du muscle ary-aryténoïdien est contracté, et nous le comprenons bien puisque nous admettons que l'action de ses antagonistes, le faisceau vertical, externe de chacun des crico-aryténoïdiens postérieurs, est supprimée; mais nous ne voyons rien qui nous autorise à admettre que les autres muscles adducteurs soient contracturés: si les apophyses vocales sont maintenues à petite distance l'une de l'autre, c'est parce que l'aryténoïdien rapproche, activement, les faces internes des cartilages; si cette position des apophyses vocales était due à l'action des thyro-aryténoïdiens et des crico-aryténoïdiens latéraux, on ne verrait pas l'extrémité antérieure de ces apophyses suivre aussi aisément le mouvement passif de la corde flasque pour monter à l'aspiration et descendre à l'inspiration (1). Qu'en vienne, du reste, à examiner le même malade lorsqu'il est en proie à un paroxysme dyspnéique, spasmodique, et l'on verra les différences que présente alors l'image laryngoscopique: les cordes vocales apparaissent plus fermes et plus tendues, les apophyses vocales à peu près immobiles, la fente glottique presque aussi étroite aux deux temps de la respiration; l'existence d'une convulsion tonique des crico-aryténoïdiens latéraux et des thyro-aryténoïdiens sera devenue évidente.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces questions controversées, aussi difficiles d'ailleurs qu'elles sont intéressantes; si nous nous sommes laissé aller à en dire quelques mots, c'est parce que nous ne l'avions pas fait en analysant le livre de M. Moure, qui soutient les mêmes idées que le professeur Massei. Pour ne parler ici que de ce dernier, nous nous hâterons d'ajouter qu'il les a défendues avec autant de conviction que de

(1) On nous demandera pourquoi le crico-aryténoïdien latéral ne se contracture pas, comme l'ary-aryténoïdien, si le faisceau horizontal interne du dilatateur, qu'on considère comme son antagoniste, est paralysé. Nous répondrons que cette objection invoque un paradoxe qui n'est qu'apparent. En réalité le petit faisceau horizontal interne du dilatateur n'est pas l'antagoniste du crico-aryténoïdien latéral, lorsque le larynx est en position vocale. Jelenffy a démontré qu'au contraire, à l'état normal, dans cette position du larynx, ce faisceau agit *concurrentement* avec le crico-aryténoïdien latéral pour fixer les cartilages aryténoïdes et les soustraire à l'action motrice des tenseurs pendant la phonation.

talent, et que ses arguments nous eussent certainement converti, si nous n'étions vraisemblablement destiné à finir dans l'impénitence finale.

Après les affections nerveuses, M. Massei étudie les tumeurs. Nous eussions aimé lui voir donner plus de développements à cette question si importante; et il nous semble qu'elle eût gagné à être exposée à un point de vue plus clinique : nous voulons dire qu'à notre avis l'auteur eût mieux fait d'étudier à part, dans deux chapitres différents, les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. L'histoire des plaies, des fractures, des corps étrangers et des vices de conformation terminent la pathologie laryngée. Le chapitre qui traite des corps étrangers est des plus intéressants.

La quatrième et dernière partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude technique des opérations laryngoscopiques. L'auteur y expose, avec beaucoup de méthode et de clarté, les procédés les plus sûrs pour faire les pansements, insufflations, cautérisations; pour anesthésier la muqueuse laryngée, pratiquer le cathétérisme, le tubage, la dilatation progressive. Il consacre un chapitre à l'électrothérapie. Enfin, après avoir parlé des scarifications, des incisions, du curettage, il s'occupe de l'ablation des corps étrangers, et termine par quelques mots sur le massage du larynx. Toutes ces pages de technique, comme celles où l'auteur expose au commencement de l'ouvrage, les règles de l'examen laryngoscopique, sont pleines de conseils judicieux et d'observations pratiques, qui témoignent de sa grande expérience et montrent qu'à l'habileté il sait joindre la douceur et la prudence.

En résumé, le livre de M. Massei est un très remarquable ouvrage, destiné à prendre rang parmi les traités classiques les plus estimés. Les spécialistes, les médecins et les élèves le reliront toujours avec plaisir, car, grâce au talent avec le quel notre savant et sympathique confrère écrit sa langue nationale, si riche et si harmonieuse, il a su allier à la clarté et à la précision indispensables à toute œuvre scientifique l'élégance et le charme du style. Ils le consulteront toujours avec profit, grâce à la compétence et à l'impartialité avec lesquelles toutes les questions sont discutées; et comme l'auteur ne s'est pas borné à y consigner les résultats de son expérience personnelle, et qu'il y a de plus indiqué, résumé, et apprécié avec un sens critique de premier ordre tous les travaux importants des laryngologistes contemporains, ils considéreront à bon droit ce volume de cinq cents pages comme le précis didactique, au courant des récentes acquisitions de la science, le plus complet que nous possédions.

A. RUULT.

VARIA

Dans un article publié dans le dernier numéro des *Annales des maladies de l'oreille* et consacré à l'analyse du récent livre du D^r Moure, de Bordeaux, sur les maladies du larynx, M. Paul Tissier se plaint avec insistance de ce que l'auteur ait omis à différentes reprises de citer certains travaux de son maître, M. Gouguenheim, se rapportant à plusieurs des chapitres de son livre.

Nous sommes loin de trouver mauvais que M. Paul Tissier revendique la priorité de son ancien chef de service, notamment pour la question de la tuberculose laryngée à forme papillomateuse, puisqu'il s'agit là d'un travail fait en collaboration par le maître et l'élève. Nous ferons seulement remarquer à notre collègue que le fait de citer les travaux d'un confrère constitue, non seulement un acte de justice, mais aussi un acte de politesse impliquant une parfaite réciprocité. Avant donc de plaindre M. Gouguenheim, de n'avoir pas été suffisamment cité par M. Moure, il serait bon de savoir si notre collègue de Bordeaux a toujours été cité par M. Gouguenheim. C'est à M. Moure de nous renseigner sur ce point ; pour notre compte nous serions fortement porté à en douter, car précisément nous avons eu tout récemment le regret de ne pas rencontrer chez M. Gouguenheim cette aimable réciprocité à laquelle nous faisons allusion plus haut.

Que nos lecteurs veuillent bien en juger :

Cette année, dans le numéro d'août de son journal, M. Gouguenheim publia un travail intitulé : *De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante*.

Tout juste un an auparavant, nous communiquions au congrès de laryngologie réuni à Paris à l'occasion de l'Exposition, et présidé justement ce jour-là par M. Gouguenheim, un travail se rapportant exactement au même sujet, comme l'indique suffisamment son titre : *Note sur un cas de tuberculose laryngée à forme scléreuse* (1). Dans cet article nous avons pris soin de citer un très intéressant mémoire publié par Doléris sur le même point de pathologie, dans les *Archives de physiologie*, en 1877, et, bien que les travaux de MM. Gouguenheim et Tissier

(1) Voir le n° de novembre des *Archives de laryngologie* (1889, p. 265) où notre communication a été publiée in extenso.

sur la phtisie laryngée à forme papillomateuse ne rentrassent pas directement dans notre sujet, nous n'omettions non plus de les mentionner *dans le texte* (1). Nous étions donc en droit de nous attendre à pareil procédé de la part de notre confrère. Or, dans son article, postérieur d'un an au nôtre et dont toute la partie anatomique est identique à ce qui avait été écrit par nous en 1889 et par Doléris en 1877, ce dernier auteur n'est pas cité du tout. Quant à nous, notre nom figure tout simplement en note, sans indication du titre de notre travail et à côté du nom de notre ami Cartaz qui pourtant n'avait pas été notre collaborateur (2).

Est-ce bien là de la réciprocité? En constatant cette omission, notre première intention avait été de ne pas même la signaler au public médical, jugeant que les questions de priorité ne valent la peine d'être discutées que lorsqu'elles ont trait à des œuvres scientifiques d'une plus haute portée. Sur ces entrefaites les plaintes formulées par M. Gouguenheim par l'organe d'un de ces élèves les plus autorisés, ou tout spontanément par M. Tissier lui-même, en faveur de son maître, nous fournissaient une si belle occasion d'en contester la parfaite légitimité, que nous n'avons pu résister au désir d'établir ici la part des responsabilités de chacun.

Morale et conclusion : Que M. le Dr Gouguenheim ne fasse pas aux autres ce qu'il lui déplait qu'on lui fasse à lui-même et, s'il tient à être cité, qu'il veuille bien commencer par citer les autres.

LUC.

AVIS

Depuis le 16 octobre dernier, la clinique du Dr LUC, pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, a été transféré, 15, rue Malebranche, près de la rue Soufflot. Elle est ouverte les mardis et samedis de 5 h. à 6 h.

(1) *Arch. de laryng.*, 1869, p. 268.

(2) Notre article contenait simplement une observation que M. Cartaz avait eu l'obligeance de nous communiquer.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

ARCHIVES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET DES
MALADIES DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que, grâce à l'empressement avec lequel un grand nombre de nos collègues en spécialité, de France et de l'étranger, ont bien voulu adhérer à la proposition que nous leur avions faite, de collaborer aux *Archives de laryngologie et de rhinologie*, en nous adressant des mémoires originaux ou des analyses, nous nous trouverons en mesure, dès l'an prochain, de combler une lacune qui nous avait été signalée par plusieurs de nos abonnés, et d'annexer l'*otologie* aux matières déjà traitées dans les *Archives*.

Les recrues précieuses que nous avons eu la bonne fortune de faire parmi nos plus distingués collègues des pays étrangers, nous permettront, en outre, de faire de notre journal une sorte de recueil périodique international, serrant de près le mouvement scientifique, au moins aussi rapide dans notre spécialité que dans les autres branches de la médecine, et tenant nos lecteurs aussi fidèlement que possible au courant des moindres progrès accomplis dans tous les pays où les études laryngologiques, rhinologiques et otologiques sont poursuivies avec quelque activité.

Pour bien marquer cette tendance et ce but, nos *Archives* porteront, à partir de l'an prochain, le titre d'*Archives internationales de laryngologie, de rhinologie et d'otologie*.

La couverture de notre prochain numéro portera la liste de nos anciens et nouveaux collaborateurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INTUBATION DU LARYNX DANS LES STÉNOSES SYPHILITIKES AIGUES ET CHRONIQUES, POUVANT REEMPLACER LA TRACHÉOTOMIE ET LA MÉTHODE DE SCHROETTER (1)

Par **George M. Lefferts.**

Professeur de Laryngologie au Collège des médecins et chirurgiens de New-York. (Traduit par le Dr LUC.)

Parmi les nombreux sujets d'un extrême intérêt ayant trait à la question que j'ai à traiter, il n'en est pas, à mon avis, qui présentent une plus grande actualité, ni une plus grande importance scientifique, que celle de l'intubation dans certaines affections syphilitiques du larynx.

J'ai donc choisi ce point de pathologie comme sujet d'étude et je me propose d'appuyer sur des preuves cliniques l'efficacité d'une méthode qui paraît, d'après mes observations personnelles et mes recherches bibliographiques, destinée à des applications de plus en plus nombreuses et qui a déjà abouti jusqu'ici à des résultats certains et déterminés, d'autant plus dignes de considération, qu'ils reposent sur des faits et non sur des considérations théoriques.

L'intubation appliquée au traitement du croup a été pour ainsi dire ressuscitée, perfectionnée et popularisée par le génie et la persévérance de notre pays. Son extrême simplicité, sa facilité d'exécution, la rapidité merveilleuse avec laquelle elle éloigne le danger le plus urgent, enfin les progrès brillants et continus de ses statistiques de guérison, nous sont garants qu'elle ne tardera pas à recevoir la sanction univer

(1) Communication faite au congrès de Berlin.

selle qu'elle mérite, ni à entrer dans la pratique de tous les pays. Déjà cette méthode qui, en 1885, n'était adoptée en Amérique qu'avec hésitation et par un petit nombre compte aujourd'hui partout des partisans confiants et enthousiastes, et ses succès se chiffrent par centaines. Cela prouve suffisamment sa valeur.

Tout au contraire nos connaissances relatives à l'intubation envisagée comme moyen d'améliorer ou de guérir d'autres formes de sténose laryngée, aiguës ou chroniques, notamment celles qui relèvent de la syphilis, sont encore dans un état embryonnaire et ses conséquences pratiques n'ont pas encore reçu tout le développement qu'elles comportent.

De nouveaux essais, et des perfectionnements apportés dans la méthode elle-même et dans son instrumentation, ne manqueront pas de venir confirmer l'idée que notre expérience limitée a pu nous donner de sa valeur.

Si je me borne à n'envisager la question qu'au point de vue de la syphilis, je dois reconnaître, d'après une grande proportion de faits, que l'intubation représente le moyen le plus simple et le plus pratique, imaginé jusqu'ici, pour remédier promptement et efficacement à la dyspnée dans les sténoses aiguës, épargnant au malade les inconvénients de la trachéotomie, permettant d'obtenir rapidement et sûrement la dilatation de rétrécissements chroniques cicatriciels de tous degrés et de toutes formes et rendant enfin inutile le port temporaire ou permanent de la canule.

L'histoire rétrospective du traitement des sténoses laryngées chroniques, notamment des formes cicatricielles ne nous montrent que des succès peu brillants et que des résultats temporaires. Bien des procédés pourtant avaient été imaginés, bien des instruments avaient été le fruit du génie inventif des spécialistes ; mais jusqu'au jour où le professeur Schroetter eut fait connaître sa méthode, qui exige la présence d'une plaie trachéenne, aucun plan net de traitement n'avait été formulé.

Un coup d'œil rapide dans la littérature médicale nous

montre les procédés les plus variés et pour n'en citer que quelques-uns, ceux de Alexich, Asch, Busch, Bergmann, Caird, Chiari, Czermack, Gerhardt, Gurlt, Hering, Hack, Labus, Mac Ewen, Mc Sherry, Nawratil, Polk, Richet, Ribemont, Rauchfuss, Semeleder, Schrötter, Störck, Sceparowicz, Trendelenburg et Weinlechner, consistant, pour la plupart à passer l'instrument dilatateur de bas en haut par la plaie trachéale à travers le larynx rétréci.

Dans d'autres cas, des tentatives furent faites pour remédier à la sténose laryngée au moyen d'un long tube passé par la bouche ou quelquefois par le nez, jusque dans le larynx, méthode bien peu satisfaisante pour de nombreuses raisons.

Trendelenburg, prédécesseur de Schroetter, employait une bougie creuse, prismatique triangulaire, en caoutchouc vulcanisé, instrument qui a été remplacé à son tour par le tube métallique gradué, tel qu'il est usité aujourd'hui, pour les malades préalablement trachéotomisés, dans la méthode justement célèbre de Schroetter, méthode dont les détails d'exécution, les avantages, les désavantages et les résultats, sont trop bien connus pour nécessiter ici une description particulière.

Quand il s'agit de parer au danger d'une dyspnée subite et intense survenant dans le cours d'une laryngite syphilitique, la trachéotomie a représenté jusqu'ici notre seule ressource. Sans nier le soulagement momentané apporté par cette opération, nous ne devons pas méconnaître non plus que si elle supprime un danger, elle en suscite d'autres, du fait du choc, de la perte de sang, de la plaie ouverte, de la possibilité de l'érysipèle et de la septicémie, ou de l'impotence fonctionnelle ultérieure de l'appareil articulaire et musculaire si délicat de l'organe, dans le cas où la canule doit être gardée longtemps.

Évidemment aucune règle n'est absolue, aucun procédé n'est infaillible, mais nous pensons qu'en regard de ces anciennes méthodes de traitement des sténoses laryngées, l'intubation peut soutenir la comparaison avec avantage.

Elle peut, en effet, être substituée à la trachéotomie dont elle n'offre pas les dangers, outre que, à certains points de vue, elle représente un procédé plus efficace et plus rationnel.

Sur la méthode de Schroetter, la seule qu'il y ait lieu de mettre en parallèle avec elle, elle offre la supériorité d'éviter la trachéotomie-préliminaire et de permettre une dilatation continue et prolongée, évitant les risques et les inconvénients des introductions réitérées des instruments dilatateurs.

Sans doute l'avenir est appelé à modifier la méthode et à reculer peut-être beaucoup les limites actuelles de son application, mais, dès aujourd'hui, nous pouvons dire qu'elle réalise d'une façon sûre, plusieurs des indications générales que nous avons énumérées et que, pour d'autres, elle nous donne de légitimes espérances.

Je vais donc vous énumérer les bénéfices que j'attribue à ce procédé, quelques-uns avec une pleine confiance, d'autres avec quelque hésitation, mais je sou mets le tout à votre bienveillante critique.

Première classe. — Soulagement immédiat de la dyspnée dans tous les cas de sténose syphilitique aiguë du larynx par suite du passage artificiel mécaniquement et temporairement offert au courant respiratoire à travers le tube.

Deuxième classe. — Possibilité de faciliter et de hâter, grâce à la pression égale, prolongée et progressive exercée par le tube, la résorption de l'exsudation inflammatoire aiguë, ou les épaississements et les indurations des processus syphilitiques chroniques.

Troisième classe. — Dilatation forcée et distension continue, au moyen du tube, des membranes minces récemment organisées ou des bandes cicatricielles.

Quatrième classe. — Dilatation progressive par une série de tubes, de rétrécissements cicatriciels, après qu'ils ont été sectionnés au moyen d'un appareil dilatateur et coupant spécial.

Cinquième classe. — Elle consiste dans la divulsion combinée à la dilatation progressive, l'incision qui doit être sui-

vie de distention est effectuée de haut en bas ou de bas en haut par la plaie trachéale ; quant à la dilatation, elle est continue et effectuée au moyen de tubes spéciaux appropriés aux nombreuses variétés de nature et d'étendue des lésions, susceptibles d'être rencontrées dans tous les cas de sténoses cicatricielles chroniques et étendues du larynx, occasionnant de profonds changements dans la position relative de ses parties constitutives, à la suite de la formation de tissus cicatriciels épais qui succèdent à l'évolution du processus gommeux de la syphilis tertiaire, alors que la canule trachéale continue ou non à être portée.

Sixième classe. — La méthode s'applique encore à la dyspnée causée par l'immobilisation des cordes vocales en adduction, résultant d'une arthrite syphilitique adhésive non suppurée des articulations aryénoïdiennes, ou de leur fixation mécanique par l'infiltration plastique des tissus environnants, aboutissant à une périchondrite adhésive et à une pseudoankylose ou par la formation de cicatrices sur ces mêmes points. Dans ces cas la pression exercée par le tube pourra, si elle est bien mesurée, exercer une influence favorable sur la résorption des exsudats, ou même rompre les adhérences cicatricielles et rendre aux articulations leur liberté.

Septième classe. — La méthode s'applique enfin à la dyspnée résultant d'une paralysie des abducteurs causée par un commencement de dégénérescence syphilitique des muscles abducteurs eux-mêmes. Dans ces conditions la conservation d'une petite ouverture respiratoire procurée par le tube peut conserver la nutrition du muscle et assurer le maintien de son fonctionnement, en stimulant son activité physiologique.

Il va sans dire que, dans toutes ces classes de faits, une médication antisiphilitique rationnelle et énergique doit être instituée pour combattre l'élément diathésique et que si la canule trachéale est déjà portée elle ne constitue ni une contre-indication ni un obstacle à l'emploi du tube intubatoire.

Nous allons chercher à mettre en lumière les propositions qui précèdent par la relation de quelques faits que nous avons condensés autant que cela ne nuisait pas à la clarté de la description.

CLASSE I. — OBS. I. — *Sténose syphilitique aiguë du larynx accompagnée de condylomes.* — Leddzie S..., 26 ans. L'affection laryngée remonte à 3 mois et demi, occasionnant progressivement et rapidement une dyspnée intense. L'inspection de l'organe montre sa cavité complètement oblitérée par une masse large, irrégulière, rougeâtre, dont les attaches ne peuvent être déterminées.

Le danger de la suffocation étant imminent, un tube intubatoire de moyenne dimension fut introduit sans difficulté. Le soulagement fut net et immédiat ; le tube fut bien supporté et put être retiré le troisième jour. La respiration s'opérait sans gêne. La tumeur occlusive avait été réduite à des dimensions insignifiantes et elle n'était plus représentée que par de petites granulations rougeâtres, notamment en arrière.

Un examen pratiqué deux ans plus tard (mai 1890) montre la lumière du larynx libre, le fonctionnement musculaire des cordes vocales normal, la corde droite légèrement épaissie et rouge et les tissus, dans l'intervalle postérieur des cordes, hypertrophié et irrégulier.

CLASSE I. — OBS. II. — *Sténose syphilitique aiguë du larynx ; laryngite sous-glottique ; gomme.* — Homme de 40 ans, aphone ; développement de la dyspnée si menaçant que les préparatifs sont faits en vue de la trachéotomie. Le laryngoscope montrait une périchondrite sous-glottique. Un long tube intubatoire fut passé sans difficulté à travers la partie rétrécie du larynx, procurant un soulagement immédiat. Le tube fut enlevé au bout de cinq jours, mais dut être remplacé vingt minutes après, en raison du rapide retour de la dyspnée. Deux jours après, il fut de nouveau retiré et remplacé au bout d'une demi-heure. Dix jours après la première introduction, le tube fut pour la troisième fois retiré et ne fut remplacé que vingt-quatre heures plus tard, la dyspnée ayant reparu, urgente et ayant nécessité sa rapide réintroduction. Il fut cette fois laissé en place pendant 21 jours et, quand on l'enleva, au bout de ce temps, on constata que le malade respirait facilement.

Six semaines plus tard, le malade reparut fortement cyanosé et dans un danger d'asphyxie rapide. L'examen révéla que la dyspnée était due à la présence d'une gomme intra-laryngée. L'intubation fut immédiatement exécutée, non sans quelque difficulté ; la dyspnée fut aussitôt calmée ; le

tube resta en place une semaine, puis retiré et remplacé par un plus large qui fut retiré définitivement après avoir été porté sept jours.

Il y a aujourd'hui (mai 1890) trois ans que la dernière intubation a été pratiquée et nous n'avons pas eu besoin de répéter la même opération : le larynx montre un léger épaississement sous-glottique, compromettant légèrement les fonctions phonatoire et respiratoire.

CLASSE II. — OBS. III. — *Sténose syphilitique du larynx* hypertrophie, ulcération ; *œdème chronique*.

M^{rs} M..., 45 ans, avoue avoir eu la syphilis. Il y a 4 ans, éprouva pour la première fois des maux de gorge qui paraissent avoir eu leur siège dans le larynx. Depuis deux ans, la malade éprouvait une difficulté respiratoire qui atteignit, peu à peu, le degré de dyspnée dangereuse, actuellement observée. L'épiglotte est partiellement détruite par une ancienne ulcération ; la cavité du larynx est presque entièrement occupée par une membrane muqueuse, dense, indurée, gonflée, d'un rouge intense ; il existe un œdème secondaire des aryténoïdes occupant aussi une partie des bandes ventriculaires. La région glottique n'est pas visible. Du ventricule gauche on voit saillir une petite masse molle, d'apparence granuleuse. L'aphonie est complète. L'intubation pratiquée après cocaïnisation exigea une certaine force et ne fut pas sans difficulté ; le tube de caoutchouc de la plus petite taille fut bien supporté et resta en position pendant 18 jours. Le soulagement à la dyspnée fut net et immédiat. Après l'extraction du tube, sans doute par suite de la pression continue intra-laryngée, on constata une augmentation considérable du calibre du larynx ; les détails de sa configuration étaient plus distincts et les mouvements des cordes réguliers. On n'eut pas besoin de réintroduire le tube.

La respiration et la voix se sont progressivement améliorées.

9 mois plus tard (1890), voix normale ; pas de retour de la dyspnée, accroissement continu de l'espace respiratoire dans le larynx.

CLASSE II. — OBS. IV. — *Sténose syphilitique du larynx*. — *Ulcération ; hypertrophie*. — Malade âgé de 22 ans ; émaciation, enrrouement, toux, dyspnée nocturne, ulcération en voie de développement à la base de l'épiglotte et sur le côté gauche du larynx. Hypertrophie générale des tissus laryngiens, notamment au niveau des aryténoïdes partiellement ankylosés.

La dyspnée progressive prit au bout de cinq mois le caractère menaçant. Trois intubations pratiquées dans l'espace de deux jours avec des tubes de plus en plus forts soulagèrent le malade de sa dyspnée ; une semaine plus tard, l'opération dut être répétée et un tube beaucoup plus

fort fut gardé sans difficulté pendant 18 jours et expulsé au bout de ce temps. La respiration n'était alors que légèrement embarrassée. Au bout de trois mois un léger retour de la dyspnée fut surmonté par l'emploi d'un large tube qui fut gardé 24 heures. Ultérieurement, le malade fut tenu en observation pendant près de trois ans, sans que l'on eut à constater une diminution dans les dimensions de l'ouverture glottique ni un retour de la dyspnée. Il succomba à une affection indépendante de la gorge.

CLASSE III. — OBS. V. — *Sténose cicatricielle du larynx.* — Malade âgé de 40 ans, voile du palais adhérent à la paroi postérieure du pharynx. Ulcération en voie d'évolution, épiglote partiellement détruite et déformée par rétraction cicatricielle; bande cicatricielle bridant la moitié gauche du larynx, croisant et obstruant partiellement la partie antérieure de la glotte; adhésion cicatricielle des bandelettes ventriculaires. D'après les renseignements fournis par le malade, il aurait contracté la syphilis il y a 12 ans et éprouverait une dyspnée notable depuis deux mois. Aphonie. Un petit tube intubatoire passé de force à travers le rétrécissement donna un soulagement immédiat. Pendant les 18 jours qui suivirent, emploi rapidement successif de tubes de plus en plus forts jusqu'à formation d'un ample espace respiratoire dans le larynx. En tout les tubes furent introduits 9 fois et l'on peut évaluer à 173 heures le total du temps pendant lequel ils furent gardés.

Deux mois 1/2 plus tard, l'intubation redevint nécessaire à cause d'un retour graduel de la dyspnée dû à une inflammation sous-glottique. La dilatation fut recommencée en commençant par le plus petit tube qui fut introduit avec force et rapidement suivi de tubes plus forts pendant 27 jours. Il y eut treize introductions de tubes qui furent gardés pendant un total de 104 heures. Cette fois encore la dyspnée fut promptement soulagée.

En dernier lieu, l'expérience ayant démontré que l'introduction périodique des tubes était nécessaire, au moins pendant un certain temps, pour conserver le degré de dilatation obtenu, un large tube de caoutchouc fut introduit une fois par mois et porté pendant deux ou trois jours; ces intervalles furent graduellement espacés jusqu'à expiration de 7 mois et alors tout traitement fut suspendu. Un an et 8 mois se sont écoulés depuis (mai 1890). Il n'existe pas maintenant le plus léger trouble de la respiration.

CLASSE IV. — OBS. VI. — *Sténose cicatricielle du larynx.* — Fille de 18 ans, syphilitique héréditaire; a présenté successivement une destruction de la cloison nasale, une perforation du palais osseux, une ulcération du pharynx et, plus tard, en dépit d'une médication spécifique

énergique, une dyspnée progressive due à une occlusion graduelle de la glotte, sans ulcération.

Des manœuvres de dilatation pratiquées avec les bougies de Schrötter ne procurèrent à la malade qu'un soulagement momentané et l'on dut en venir à la trachéotomie qui fut suivie de l'emploi du dilateur coupant de Whistler. A travers l'ouverture ainsi faite, au milieu du tissu cicatriciel, on passa, non sans quelque difficulté, un tube intubatoire de faible calibre. Un second tube plus large introduit, trois jours après, fut gardé pendant plus d'un mois ; après quoi, le passage trop rapide du n° 3 au n° 8 occasionna un abcès périlaryngien. Finalement un tube put être laissé à demeure pendant trois mois. Il existait désormais un intervalle glottique correspondant aux dimensions du tube, et, comme la respiration restait facile et normale, ce dernier ne fut pas réintroduit. La canule trachéale qui, pendant quelque temps, avait été portée fermée fut définitivement retirée au bout de moins d'un mois et la plaie trachéale fut refermée.

Il résulte de renseignements acquis, six mois plus tard (avril 1889) que la respiration continue à s'effectuer librement. Les cordes vocales ne peuvent être reconnues ; la malade est réduite au chuchotement.

CLASSE IV. — OBS. VII. — *Sténose cicatricielle du larynx.* — Femme de 35 ans, syphilitique, présentant au laryngoscope une adhésion des deux tiers antérieurs des cordes vocales, englobant le coussin de l'épiglotte. Ouverture glottique réduite au calibre d'une plume d'oie. Dyspnée marquée. Sous l'influence d'un traitement spécifique, apaisement des phénomènes inflammatoires coexistants.

La sténose cicatricielle fut traitée par la dilatation au moyen de tubes intubatoires en caoutchouc qui étaient laissés en place quinze jours durant et dont le calibre était progressivement élevé.

Au bout de deux mois, la malade offrant une amélioration positive de son état général et de sa respiration, la dilatation fut interrompue.

Deux mois plus tard, la malade reparut, se plaignant d'une aggravation de sa dyspnée. On put constater que cette dernière provenait d'un nouveau travail de rétraction du tissu cicatriciel.

On se décida alors, après cocaïnisation, à sectionner le tissu cicatriciel, au moyen du dilateur laryngé de Browne à lames coupantes, puis on introduisit des tubes de caoutchouc durci, de calibre de plus en plus gros, à des intervalles de trois jours. Au bout de sept jours, les bords des tissus sectionnés se montrèrent cicatrisés.

Deux nouveaux mois se sont écoulés sans traitement ; le tissu de cicatrice a diminué, l'ouverture de la glotte est libre et reste telle ; le malade est dans d'excellentes conditions et respire normalement.

CLASSE V. — OBS. VII. — *Sténose syphilitique chronique du larynx* ; paralysie des deux abducteurs ; adhésion cicatricielle des cordes vocales. — La malade, femme de 35 ans, portait depuis deux ans une canule à trachéotomie, pour combattre une dyspnée due à une paralysie double des abducteurs, d'origine syphilitique. Une tentative faite pour introduire de force un petit tube intubatoire en métal à travers le larynx, après éthérisation, aboutit à un échec. On élargit alors la plaie opératoire faite dans l'espace crico-thyroïdien et l'on introduisit de force une sonde utérine à travers les adhérences qui occupaient la face antérieure des deux cordes ; l'ouverture ainsi faite, une fois agrandie, au moyen d'une pince et du doigt, se prêta au passage d'un tube de caoutchouc long de trois pouces, de haut en bas, à travers le larynx.

La plaie laryngotomique fut alors fermée et la malade put respirer par les voies naturelles. Le second jour, le tube intubatoire fut rejeté dans une secousse de toux et l'asphyxie menaçante nécessita la réintroduction de la canule ; après quoi le tube fut aussitôt remplacé et la canule retirée.

Quelques semaines plus tard, il parut indispensable de pratiquer l'ablation d'une certaine quantité de tissu pour obtenir la permanence d'une ouverture cicatricielle, pour les besoins de la respiration. A cet effet on retrancha une portion de chaque corde vocale au moyen d'un couteau introduit à travers la plaie laryngotomique élargie. Le tube intubatoire fut remplacé et l'on introduisit temporairement une canule à trachéotomie fermée, qui fut définitivement enlevée au bout de quelques jours. On laissa alors la plaie se refermer. Au bout de huit jours, le tube ayant été enlevé pendant un jour et demi, la malade parut respirer facilement par le larynx. Onze jours plus tard il fut retiré pendant trois jours et, ultérieurement, on espéra davantage les manœuvres d'extraction et de réintroduction du tube, en raison des difficultés que l'on éprouvait à le remettre en place. Enfin, on introduisit dans le larynx un tube de métal cylindrique dans l'intention de l'enlever au bout d'un mois.

Dix mois et quelques jours après, la malade reparut ; le tube de métal était toujours en place et bien supporté ; la respiration n'était pas embarrassée. Il fallut une certaine force pour parvenir à extraire le tube qui était incrusté de sels calcaires. La présence de tissus de granulations causaient une certaine gêne de la respiration qui disparut du fait de la suppression de la cause ; le tube intubatoire ne fut pas réintroduit, et la respiration resta parfaitement libre.

Un examen du larynx pratiqué quelques mois après montra l'existence

d'une large ouverture cylindrique au niveau de la glotte ; on ne découvrit rien qui ressemblât à des cordes vocales. Quand à la plaie extérieure consécutive à la laryngotomie, elle se montrait sous l'aspect d'un profond sillon ; la toux était éteinte et la voix réduite au chuchotement.

La malade, femme légère et sur laquelle il était impossible de compter, finit par se soustraire complètement à notre observation, après avoir présenté, au moment de son départ, les conditions intralaryngées décrites plus haut.

CLASSE VI. — OBS. IX. — *Sténose syphilitique aiguë du larynx ; périchondrite ; ankylose des aryténoïdes.* — Louise S..., 35 ans ; présente une cicatrice à l'union de la voûte osseuse et du voile du palais, Hypertrophie et ulcération des bandelettes ventriculaires s'étendant en arrière au-dessous de la corde vocale droite.

Œdème secondaire. Dans l'espace de 6 mois et demi, la dyspnée était devenue extrême et menaçante. La cavité du larynx était occupée par une muqueuse gonflée et rouge rendant impossible toute distinction entre ses parties constituantes ; à droite et en arrière ulcérations. Un tube de caoutchouc, de faible calibre, ayant été introduit, non sans force, ni difficulté, procura immédiatement un soulagement respiratoire. Le sixième jour, le tube qui était mal supporté fut enlevé et le laryngoscope montra une diminution marquée du gonflement aigu intralaryngé ayant pour conséquence une plus grande liberté respiratoire.

Pendant les sept mois qui suivirent, l'amélioration fut progressive ; puis, la malade ayant cessé pendant deux mois de se soumettre avec régularité au traitement général, il en résulta un retour de la dyspnée qui parut cette fois être causée par l'immobilité des cordes vocales en adduction, par suite de la fixation des cartilages aryténoïdes. Neuf mois après la première intubation, il fallut en pratiquer une seconde ; malgré l'imminence de la suffocation, un tube de caoutchouc de moyen calibre put être introduit sans difficulté entre les cordes vocales étroitement rapprochées.

Le soulagement fut immédiat. Le quatrième jour, le tube fut rejeté dans un accès de toux, et, comme la dyspnée était insignifiante, il ne fut pas réintroduit. Le laryngoscope révéla à ce moment, outre quelques lésions locales sans importance, la fixation de la corde vocale droite sur la ligne médiane et l'immobilité de l'articulation crico-aryténoïdienne du même côté. La corde vocale gauche bien que paresseuse à accomplir son mouvement d'abduction remplissait cependant avec une amélioration progressive ses fonctions physiologiques.

L'état que nous venons de décrire ne s'était pas modifié, plus d'un an après la seconde et dernière intubation.

OBS. X. — *Laryngite syphilitique chronique; paralysie bilatérale des abducteurs.* — M^{me} G..., 26 ans, a eu probablement la syphilis, bien que la chose ne soit pas actuellement prouvée. Depuis deux ans elle est sujette à des attaques intermittentes de dyspnée. Le dernier accès dura 56 heures : la malade était dans un état comateux et respirait avec stertor. Une inspection du larynx exécutée non sans difficulté révéla une paralysie des abducteurs et montra la muqueuse laryngée sèche et gonflée. L'intubation pratiquée le plus tôt possible avec un tube de caoutchouc de petit calibre, qui fut facilement introduit, procura un instant de soulagement.

Après avoir été porté dix heures, il fut enlevé par la malade qui était dans un état de demi-délire. Deux heures plus tard, une seconde intubation fut pratiquée avec succès : cette fois le soulagement dura six heures ; mais alors la température monta à 104° F. La respiration à 60 ; quant au pouls il devint imperceptible. La mort se produisit par arrêt du cœur en même temps que se montraient des signes de pneumonie au début.

La date tardive à laquelle l'intubation fut pratiquée lui avait enlevé toute chance de succès.

J'ai rapporté ailleurs (*New York medical Journal*, décembre 1878) deux cas de paralysie double des abducteurs d'origine syphilitique, dans lesquels l'administration de l'iodure de potassium pratiquée à temps détermina la guérison. Dans des cas plus urgents l'intubation ne remplira pas seulement les indications présentées dans la classe VII mais elle assurera la sécurité du malade pendant toute la durée de l'administration du médicament et lui permettra de produire tous ses effets physiologiques et curatifs.

Mon intention n'est pas de discuter ici les détails d'exécution nombreux et variés qui sont essentiels pour assurer le succès de l'intubation. On trouvera spécialement dans la littérature américaine les résultats d'une riche expérience pratique qui a eu pour conséquence de dévoiler bien des fautes, de suggérer bien des modifications et de fournir bien des enseignements précieux. Le résultat de cette expérience et l'état actuel de la science sur ce point va vous être exposé

par le Dr O' Dwier dont le nom est si universellement, et à si juste titre identifié avec le sujet. Sa grande expérience personnelle le désignait tout naturellement pour accomplir cette tâche.

Quand il s'agit d'adultes il est nécessaire d'apporter certaines modifications à la méthode généralement adoptée pour l'enfant. Certains changements notamment sont indiqués pour ce qui concerne les tubes et la façon de s'en servir. Permettez-moi quelques courtes remarques à ce sujet.

Il n'est pas possible d'émettre ici de règle absolue, tant en théorie qu'en pratique. L'intubation, en cas de sténose syphilitique aiguë, s'exécute généralement avec facilité et, ainsi qu'il ressort des faits précédents il est ordinaire qu'elle réalise le but que l'on se propose; pour ce qui est de la sténose chronique, si variable dans sa nature et dans les indications quelle comporte, elle exigera toujours de la patience, de la persévérance et de l'ingéniosité. Les deux cas réclament d'ailleurs une habileté de main qui ne peut être que le fruit d'une longue pratique.

L'intubation du larynx chez l'adulte présente certaines difficultés que l'on ne rencontre pas chez l'enfant. Il y a d'abord lieu de tenir compte de la distance qui, à cet âge, sépare le larynx de la bouche et de la difficulté ou souvent de l'impossibilité de guider le tube, au moyen du doigt sur l'épiglotte, ou sur les cartilages aryténoïdes. Cela s'applique surtout aux cas où une canule trachéale ayant été longtemps portée a engendré une inactivité du larynx qui l'empêche de s'élever et de venir au-devant du doigt.

D'autre part, les lésions mêmes qui rendent l'opération nécessaire chez les syphilitiques, surtout les cas de sténose cicatricielle parvenue à un extrême degré, constituent un obstacle à la facile introduction du tube qui n'existe pas chez les enfants atteints de croup. Non seulement il faut alors une force physique considérable pour triompher de ces obstacles, il faut encore de délicates manipulations guidées par une étude soigneuse des indications propres à chaque cas

spécial. Pour assurer la réussite de l'intubation, le miroir laryngoscopique peut servir de guide pour le premier temps de l'introduction du tube, mais l'index de la main gauche devra toujours intervenir finalement pour le faire pénétrer dans la cavité laryngée, jusqu'à ce que la portion renflée destinée à son maintien dans le larynx ait dépassé le niveau des cordes vocales, de telle sorte qu'il demeure en place pendant et après l'extraction de l'obturateur ; pour ce dernier temps, le miroir doit donc nécessairement être laissé de côté. En revanche, le miroir laryngé sera précieux chez l'adulte quand il s'agira de retirer le tube du larynx au moyen de l'extracteur. Chez l'adulte d'autre part, on ne craindra pas d'employer des tubes volumineux. L'expérience a amplement démontré en effet que s'il existe de très grandes variétés dans le degré de sensibilité et de tolérance des différents larynx à l'égard des tubes, il y a moins lieu de redouter les effets nocifs consécutifs à la pression de tubes volumineux, lorsqu'ils s'agit d'adultes atteints d'infiltration chronique des tissus ou de sténoses cicatricielles, que lorsqu'il s'agit d'enfants dont le larynx est le siège d'une infiltration inflammatoire ou diphtéritique ayant tendance à aboutir à la mortification. Pour cette raison, les tubes de fort calibre peuvent donc être portés par l'adulte avec moins de danger. Ils peuvent en outre être moins fréquemment changés et être gardés d'une façon continue pendant de longues périodes.

Des essais pratiques faits dans un certain nombre de cas individuels permettront d'assigner à ces périodes des limites précises ; mais il est prudent de poser comme règle générale, que, dans les cas nécessitant le long maintien d'un tube métallique, il sera bon de changer, une fois environ, dans l'espace de deux ou trois semaines, les points sur lesquels s'exerce la pression dans le vestibule du larynx. C'est ainsi qu'on pourra prévenir la formation d'érosions de la muqueuse ou de granulations végétantes.

Ces modifications de pression sont réalisées par les variétés de volume de la tête des tubes successivement em-

ployés pour la dilatation du rétrécissement, jusqu'au moment où le numéro maximum est atteint. On peut alors changer encore les points où s'exerce la pression dangereuse en augmentant légèrement l'épaisseur de la tête, notamment au niveau de sa surface intérieure et dans le sens vertical, son diamètre restant le même. Le tube intubatoire se trouve ainsi élevé de temps en temps dans le larynx.

Il y aura toujours, pour atteindre le même but, d'autres expédients qui se présenteront d'eux-mêmes à tout esprit ingénieux.

Il est encore deux points qui ne doivent pas être perdus de vue : tout d'abord, la nécessité d'échelonner les tubes lentement et progressivement, en n'augmentant à la fois leur diamètre antéro-postérieur que de $1/32$ de pouce. Il y a, en second lieu, une grande importance à bien choisir les dimensions du tube qui doit commencer la série. On choisira de préférence le plus petit permettant une respiration facile ; ce tube devra bien s'adapter inférieurement au larynx sans trop s'y fixer ni s'y enclaver, de telle sorte qu'il permette quelques légers mouvements pendant l'acte physiologique de la déglutition, l'expérience ayant démontré que la compression produite pendant cet acte par un tube mal adapté au larynx ou trop mobile contre les muscles constricteurs du pharynx est une source féconde d'érosion et de tissu de granulation. Chez l'adulte comme chez l'enfant, toute difficulté précoce de la déglutition constitue une complication dominante, mais le premier, en raison du temps beaucoup plus long pendant lequel il doit garder le tube, apprend généralement à la longue à surmonter complètement cet obstacle.

Jusqu'ici l'expérience n'a pas montré que la *Schluckpneumonie* fût une complication possible de l'intubation chez l'adulte.

Les tubes intubatoires destinés au traitement des rétrécissements laryngés que je vous sou mets ici diffèrent notablement, comme la chose vous sera immédiatement évidente,

des tubes employés chez les enfants. Dans l'état actuel de notre instrumentation, la série comprend dix tubes : les plus forts construits en caoutchouc durci, ceux de moyen calibre en cuivre doré, avec tête en caoutchouc vulcanisé, afin d'en diminuer le poids pour le larynx, les plus faibles en métal seulement. Enfin, l'ensemble est complété par un introducteur spécial à longue courbure, pour compenser la faible longueur du tube à intubation, et par un extracteur. Introducteur et extracteur sont plus larges et plus forts que les instruments du même nom usités pour l'enfance.

Autant que nous y autorise notre expérience encore imparfaite, nous croyons pouvoir avancer que les tubes de caoutchouc durci seront généralement trouvés plus satisfaisants et mieux tolérés par les malades. Ils sont légers et ne se laissent pas facilement enclaver dans le gonflement des tissus, exercent une pression moins nocive, permettent une respiration plus facile, se prêtent mieux à l'expectoration des sécrétions accumulées et sont, par suite, moins susceptibles de se laisser oblitérer ; enfin ils ne causent point d'érosions et ne se prêtent pas comme les tubes de métal au dépôt de substances calcaires. Pour ces raisons, il semble qu'ils s'adaptent mieux à un séjour prolongé dans le larynx.

J'ai choisi l'une des questions les plus captivantes et les plus pratiques parmi celles qui se rapportent à la syphilis de la gorge et une question que semble devoir considérablement avancer l'influence d'un large débat.

Le besoin qui actuellement se fait le plus sentir est un ensemble de faits bien observés par un grand nombre de personnes. Il faut évidemment des faits nombreux, mais il importe surtout ici, comme pour toute recherche nouvelle, que chaque fait soit soumis au contrôle d'observateurs également nombreux.

Si quelques erreurs se sont glissées dans mes conclusions elles auront leur utilité, car, de même que le doute, l'erreur sert à mettre la vérité en lumière et à en faire ressortir la valeur. Assurément nous sommes autorisés à aspirer après

la réalisation de quelques modifications et de quelques progrès dans nos connaissances actuelles concernant le traitement des sténoses syphilitiques aiguës et chroniques du larynx et ces modifications en entraîneront d'autres dans certaines de nos façons de voir et d'opérer. Le but que j'ai poursuivi au cours de ce travail a été de montrer les services que pouvait rendre l'intubation pour la réalisation de ces progrès.

DES FORMES LARVÉES DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Par le Dr **Alfred Sokolowski**, de Varsovie (traduit par le Dr **LUC**).

Les lésions laryngées, ces complications si fréquentes de la tuberculose pulmonaire, sont, dans la grande majorité des cas (la chose est universellement reconnue), des manifestations secondaires ; en d'autres termes elles se montrent quand déjà des signes bien caractérisés d'induration ou plus souvent même, de destruction sont appréciables dans les poumons.

Ces lésions sont généralement considérées comme caractérisant la tuberculose du larynx et l'examen laryngoscopique permet d'établir nettement l'existence des manifestations les plus précoces de ce processus.

Exceptionnellement se montrent des cas où les lésions tuberculeuses surviennent primitivement dans le larynx, l'examen le plus attentif n'aboutissant pas à la découverte des moindres lésions dans les poumons ; nous dirons même que les faits ne sont pas bien rares où des individus affectés de phtisie laryngée primitive présentent un état général excellent, voire même toutes les apparences d'une parfaite santé. Ce sont là précisément les cas dans lesquels un diagnostic précis est bien souvent hérissé de difficultés et où l'évolution ultérieure peut seule résoudre le problème. Le malade commence, au bout de quelque temps, à maigrir, la

fièvre survient et finalement se montrent des signes morbides au sommet pulmonaire. En pareilles circonstances une prudente réserve s'impose, relativement au diagnostic, alors même que nous nous trouvons en face d'ulcérations prononcées ; ce n'est, en effet, qu'à la suite d'une assez longue observation qu'il est permis de diagnostiquer de simples érosions catarrhales (qui peuvent parfaitement survenir dans le larynx, quelle que rare que soit cette éventualité) ; en revanche la présence d'ulcérations profondes et rebelles doit toujours éveiller le soupçon de la tuberculose. Ces faits (de début par le larynx) sont à la vérité bien rares : on en trouve à peine quelques mentions dans la littérature ; dans la grande majorité des cas, voici comment les choses se passent.

Un individu, jusque-là bien portant en apparence, présente à un moment donné de l'enrouement et de la dysphagie. L'examen du larynx décèle dans plusieurs parties de cet organe des ulcérations et des infiltrations étendues. D'ailleurs le malade affirme qu'il se sent très bien portant, qu'il ne tousse ni ne crache, qu'il n'a pas eu la syphilis, en somme il se trouve très bien. Pourtant on arrive à découvrir, en remontant soigneusement dans les antécédents du sujet que, plusieurs années auparavant, il a craché du sang, qu'il a eu une inflammation pulmonaire, qu'il a fait plusieurs cures climatiques, que pour le moment il ne tousse pas mais qu'il est sujet chaque matin à une expectoration insignifiante, qu'il éprouve quelque fatigue à monter les escaliers, etc., tous symptômes qu'il met sur le compte d'un asthme. L'examen attentif de la poitrine nous révélera, à la vérité, un emphysème net, mais nous noterons en même temps, aux sommets, une respiration défectueuse, une augmentation considérable du retentissement de la voix, parfois même, des râles nettement localisés. En un mot, un examen soigneux des malades nous révélera, dans la majorité des faits de ce genre, l'existence de lésions pulmonaires de nature fibreuse, lésions, dans le cours desquelles, ainsi que j'ai cherché à le montrer

avec détail dans mon travail sur la phthisie pulmonaire à forme scléreuse, des complications tuberculeuses surviennent bien souvent dans les autres organes, plusieurs années même après le début du processus pulmonaire. Dans ces conditions le larynx est loin d'être l'organe le plus rarement envahi.

On voit, d'après ce qui précède, sur quelle base doit être édifié le diagnostic des ulcérations et infiltrations laryngées, chez les individus en apparence sains : seule une anamnèse minutieusement acquise et suivie d'une exploration attentive de l'ensemble des organes peut nous permettre de nous prononcer sur la nature des lésions, tandis que l'oubli des précautions précédentes peut avoir pour les malades de déplorables conséquences ; c'est ainsi qu'un examen superficiel, uniquement basé sur les affirmations du malade qui prétend être parfaitement bien portant, pourra entraîner le médecin à supposer l'existence d'une syphilis et à instituer un traitement spécifique, débilitant pour l'organisme.

C'est ici le lieu d'insister sur le rôle important joué par l'examen des crachats dans des cas semblables. L'erreur des diagnostics, à laquelle nous venons de faire allusion, trouvera trop souvent sa confirmation dans le résultat négatif de cette recherche. Et pourtant ce caractère négatif de l'examen lui enlève toute valeur ; effectivement dans la majorité des cas de tuberculose fibreuse des poumons, nous ne trouvons pas de bacilles dans l'expectoration, malgré des examens fréquemment réitérés ; c'est que, dans cette forme anatomique, le processus consiste essentiellement dans une prolifération du tissu conjonctif, et si, comme il résulte des recherches anatomo-pathologiques de Cornil, la présence des bacilles peut être constatée dans les faits de ce genre, il est à remarquer que ces micro-organismes se trouvent alors dans la profondeur des tissus et qu'ils ne sauraient être entraînés au dehors par l'expectoration. Ce n'est que plus tard, quand l'élément fibreux des lésions s'est compliqué d'un élément caséux, aboutissant à la formation de petits foyers inflam-

matoires de nature tuberculeuse, que nous sommes en état de découvrir d'abondants bacilles dans les crachats; mais alors les lésions pulmonaires sont tellement prononcées, qu'elles ne laissent plus de place pour le doute. Dans les cas de ce genre, un grand nombre d'auteurs, notamment H. Fraenkel, conseillent de pratiquer l'examen bactériologique du liquide extrait artificiellement de la surface des ulcérations laryngées ou pharyngées. Mais même ce procédé donne rarement des résultats satisfaisants, car il est fort possible que les bacilles restent dissimulés dans la profondeur des tissus et n'atteignent pas la surface des ulcérations.

J'ai encore tout frais à la mémoire un fait que j'ai récemment observé avec plusieurs collègues, pendant un assez long espace de temps. Il s'agissait d'un jeune homme, porteur, depuis plusieurs années, d'une induration fibreuse peu prononcée d'ailleurs, du sommet droit, et qui, il l'affirmait du moins, se sentait parfaitement bien, et n'éprouvait ni toux, ni expectoration. Au milieu de ce bon état apparent de sa santé, survint une ulcération profonde sur les deux piliers palatins, compliquée d'un commencement d'infiltration de l'épiglotte. Ces lésions pharyngées offraient le cachet presque typique d'un processus syphilitique. Toutefois, l'existence de la lésion pulmonaire ne laissant pas de nous inquiéter relativement à la possibilité d'une poussée tuberculeuse, nous soumîmes à l'examen la quantité minime de crachats que nous pûmes obtenir. Cet examen, fréquemment répété et pratiqué avec grand soin, donna chaque fois un résultat négatif. Le même résultat négatif fut donné par l'examen du liquide recueilli à la surface de l'ulcération pharyngée; nous étant alors décidé, pour lever définitivement tous les doutes, à gratter profondément l'ulcération, et à faire porter nos recherches sur les fragments obtenus par ce grattage, nous aboutîmes encore à un résultat négatif.

Dans ces circonstances, nous étions bien autorisés à éliminer l'hypothèse de la tuberculose, et pourtant le malade succombait, quelques mois après, avec les signes d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

J'arrive maintenant à la description (que je ferai brève) des modifications que nous voyons se produire dans le larynx, donnant lieu aux symptômes de la tuberculose laryngée dite primitive, et que l'on pourrait appeler pseudo-primitive, car, j'insiste sur ce point, que toutes les modifications et toutes les localisations propres à la tuberculose laryngée vulgaire, sont susceptibles de se montrer dans ces conditions ; il est pourtant nécessaire de présenter une description quelque peu détaillée de ces différents aspects de la maladie :

A. — Souvent le premier symptôme consiste en un enrrouement plus ou moins intense, pouvant donner l'impression d'une simple laryngite chronique. Dès le début on tiendra compte des éléments de diagnostic suivants :

La localisation de la maladie est très souvent unilatérale ; l'une des cordes vocales, généralement la vraie, est rouge, épaissie ; souvent aussi, dès le début, on constatera une diminution de la motilité des vraies cordes.

En même temps que ces modifications locales se produisent, survient un enrrouement, modéré il est vrai, mais qui persiste pendant des semaines et même des mois. En général les malades se sentent très bien et, à part cet enrrouement, ils n'accusent aucun symptôme. Pourtant si nous cherchons à nous rendre un compte plus exact de cet état, nous constatons, qu'en outre du trouble de la phonation, existe une petite toux sèche, que, dans les derniers temps le malade a quelque peu maigri et qu'il a craché du sang ; en même temps l'exploration du thorax nous révélera, dans la majorité des cas, des modifications aux sommets. Ultérieurement apparaissent sur les cordes vocales des ulcérations et d'autres lésions non moins caractéristiques de la tuberculose ; mais, tant que nous ne sommes pas en possession de ces derniers signes, notre diagnostic ne saurait s'appuyer que sur les éléments suivants que nous avons déjà soigneusement décrits, à savoir :

- 1° Une recherche minutieuse des antécédents ;
- 2° Un enrrouement prolongé et tenace, résistant à la médication anti-catarrhale habituelle ;

- 3° Des lésions localisées à l'une des cordes vocales ;
- 4° Une exploration soigneuse des organes thoraciques ;
- 5° Une exclusion rigoureuse de la syphilis.

B. — Parfois les lésions laryngées initiales se montrent sous l'aspect d'ulcérations plus ou moins étendues des vraies cordes, et en particulier de leur partie postérieure (au voisinage des apophyses vocales). Ces ulcérations, une fois la syphilis éliminée avec certitude, seront, dans l'immense majorité des cas, de nature tuberculeuse ; la confirmation de ce diagnostic, dans la période initiale de la maladie, sera fournie par un examen attentif de l'état général du malade et par les éléments sur lesquels nous avons déjà insisté plus haut et qui résultent de l'exploration de l'ensemble des organes.

On n'oubliera pas que de simples ulcérations catarrhales peuvent, exceptionnellement, il est vrai, se montrer sur les mêmes points de la cavité laryngée.

La réalité du fait, si importante au point de vue de la curabilité de la phtisie laryngée, a été dans ces derniers temps, le sujet de nombreuses discussions entre les laryngologistes. La majorité des auteurs la mettent en doute et prétendent que toute ulcération tant soit peu profonde doit être considérée comme tuberculeuse. D'autres auteurs non moins consciencieux, parmi lesquels doivent être rangés en première ligne Schnitzler et Heryng, admettent au contraire ces lésions auxquelles ils ont cherché à assigner des caractères précis.

J'aurais moi-même tendance à accepter cette opinion ; j'ai eu plus d'une fois en effet l'occasion de rencontrer de ces lésions ; mais elles sont rares et ne présentent vraiment jamais des caractères assez typiques pour nous permettre de les reconnaître avec une parfaite certitude, à la suite d'un simple examen laryngoscopique. A mon sens on ne serait autorisé à porter un semblable diagnostic et à exclure la tuberculose qu'après avoir pris en considération l'état général du malade et avoir tout particulièrement soumis les organes thoraciques à une exploration méticuleuse.

Les ulcérations catarrhales ont été, si je ne me trompe, observées jusqu'ici sur des individus complètement bien portants et solidement construits; elles guérissaient généralement très vite sous l'influence d'une simple médication anti-catarrhale.

C. — Parmi les modifications observées avec une rareté relative dans le cours de la tuberculose laryngée initiale, il faut aussi mentionner ces productions pseudo-polypeuses, susceptibles de se développer sur l'une des cordes vocales. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer dans ma pratique un de ces faits rares.

Il s'agissait d'un individu parfaitement sain, affecté seulement d'un enrouement opiniâtre qui trouvait son explication naturelle dans la présence d'une tumeur polypoïde insérée sur l'une des vraies cordes vocales. Le néoplasme extirpé repoussa; en même temps apparurent des manifestations pulmonaires, sous forme d'une tuberculose à marche rapide. Je ne m'arrêterai pas longuement sur ce fait qui a déjà été rapporté en détail par mon ancien assistant Sedziak, dans son travail sur la phthisie laryngée (*The journal of Laryngology*, 1889). Dans ce travail se trouve traité l'historique de la question de la tuberculose primitive du larynx.

D. — Les lésions localisées à la paroi postérieure du larynx, et tout particulièrement inter-aryténoïdienne, doivent compter parmi les plus fréquentes observées dans le cours de la tuberculose laryngée initiale. Bien souvent nous sommes surpris de rencontrer chez des sujets tout à fait sains en apparence, des modifications qui sont au plus haut point caractéristiques de la tuberculose laryngée. Les modifications en question se montrent sous l'aspect d'élévures fongueuses, pullulant à la surface de la paroi postérieure de l'organe, rappelant la configuration de la crête de coq, et particulièrement visibles pendant les larges inspirations. Les autres parties du larynx se montrent tout à fait normales, et les malades accusent simplement la sensation d'un obstacle dans la gorge. Si, en pareille circonstance, on

néglige l'examen laryngoscopique, il n'y aura rien d'étonnant à ce que cette sensation du malade soit rapportée à n'importe quelle variété de laryngite catarrhale, à une hypertrophie amygdalienne, à des granulations ou à d'autres lésions du même genre.

Assurément cette lésion spéciale de la paroi postérieure est on ne peut plus caractéristique de la tuberculose initiale pour un œil exercé et elle nous met à même de diagnostiquer en toute sûreté le début du mal, avec le seul secours du miroir laryngé; pourtant, même dans ces cas, le diagnostic doit s'appuyer sur une anamnèse rigoureuse et sur un examen attentif du malade; souvent, en effet, cet examen fournira, chez des sujets d'apparence saine, de précieux éléments de diagnostic.

Une seconde forme sous laquelle peuvent se présenter les lésions tuberculeuses initiales de la paroi postérieure du larynx, consiste en un épaississement uniforme de toute la surface antérieure de cette paroi. L'épaississement en question figure un repli rougeâtre, semblant venir de la profondeur du larynx et n'indique rien moins qu'un début d'infiltration tuberculeuse de cette région. En fait de symptômes subjectifs on note généralement en pareil cas une dysphagie plus ou moins douloureuse; la voix est au contraire complètement intacte pendant les premiers temps de la maladie, en raison de l'intégrité relative des autres parties du larynx pendant cette période initiale.

Ici encore l'interprétation des lésions ne saurait se passer d'une considération attentive de l'état général, et cela d'autant moins que nous avons de temps en temps l'occasion de rencontrer des modifications d'aspect analogue et de même siège chez des individus parfaitement sains, à part un catarrhe chronique laryngien ou pharyngo-laryngien, les uns alcooliques, les autres abusant de leur voix. C'est chez ces mêmes sujets que l'on voit parfois le catarrhe affecter une tendance proliférative, aboutissant à une hypertrophie des tissus de la muqueuse et de la couche sous-muqueuse, rappé-

lant certains épaississements cutanés. C'est là la pachydermie laryngée décrite avec détail par Virchow, dont les caractères histologiques rappellent, à un haut degré, ceux d'un épithéliome. Sur le terrain de la clinique ces modifications offrent d'une façon si frappante la physionomie de la tuberculose, que même les laryngologistes les plus consommés peuvent s'y laisser prendre.

J'observe, depuis deux ans, une malade chez laquelle la face antérieure de la paroi postérieure du larynx est le siège d'un épaississement assez étendu et forme un repli rouge pâle qui rappelle, de la façon la plus marquée, l'aspect d'une infiltration tuberculeuse au début. La malade est venue me consulter pour de la dysphagie ; à part ce symptôme elle jouissait d'une parfaite santé et ne présentait aucune modification notable dans les poumons.

Outre la lésion laryngée que nous venons de décrire, on observait les signes d'un catarrhe sec de la paroi postérieure du pharynx offrant une certaine intensité. Dans la pensée que cette dernière affection était le véritable point de départ des autres lésions présentées par la malade, je procédai à un traitement local du pharynx sous l'influence duquel la dysphagie disparut complètement au bout de quelques jours, et la malade se trouva complètement rétablie. Depuis lors, j'ai eu l'occasion de revoir la malade tous les deux mois ; les modifications de la paroi postérieure du larynx restent les mêmes ; de temps en temps la dysphagie reparait sous l'influence d'une exacerbation de la pharyngite, notamment dans la partie inférieure de l'organe, et se dissipe promptement par l'effet du traitement local.

E. — Parfois se montre dans le cours d'une tuberculose laryngée déjà prononcée une immobilité complète d'une moitié du larynx. Cette complication peut être le résultat de l'un des mécanismes suivants :

1° Suppression des mouvements de l'articulation crico-aryténoïdienne, par suite d'une périchondrite.

2° Compression du récurrent dans son trajet intra-thora-

cique. Généralement cet accident incombe au nerf du côté droit qui, par suite de ses rapports de voisinage avec le sommet du poumon, est sujet à le laisser englober dans les épaissements et les adhérences de la région correspondante de la plèvre. Le même effet peut être produit d'ailleurs, sur les deux nerfs par l'action compressive de ganglions tuberculeux. Or, il peut arriver, tout rare que soit le fait, que les symptômes en question apparaisse comme première manifestation de la tuberculose laryngée, aussi crois-je devoir en donner une courte description.

Il n'est pas rare de voir des individus présenter, comme unique manifestation pathologique, un enrouement modéré et une grande tendance à se fatiguer en parlant; leur voix est presque dépourvue de timbre et ne peut se soutenir que dans la tonalité basse; si les malades cherchent à l'élever, elle dégénère facilement en chuchotement. L'examen laryngoscopique montre l'une des cordes vocales, ainsi que l'aryténoïde correspondant, en position cadavérique. Pendant la phonation, la corde intacte dépasse la ligne médiane, tandis que l'aryténoïde immobile se montre placée de travers; la direction de la glotte devient oblique et il y a entre-croisement des cartilages de Santorini; enfin on note une vibration irrégulière des cordes vocales pendant la production des sons élevés.

Lorsque cette complication, au lieu de se montrer du côté gauche, où elle survient le plus souvent (en raison des rapports anatomiques du récurrent de ce côté) vient à se produire dans la moitié droite du larynx, on ne doit pas manquer de se livrer à une exploration minutieuse du sommet du poumon droit.

En pareil cas, la constatation de quelques modifications physiques présentées par cette région, à la percussion ou à l'auscultation, toute légère qu'elle soit, si l'on vient à la rapprocher de quelque particularité tirée des antécédents hérédité, hémoptisie), nous mettra à même de reconnaître de très bonne heure l'existence de lésions initiales et de consi-

dérer la parésie laryngée comme un accident secondaire, intimement lié dans son développement aux lésions pulmonaires. S'il existe simultanément de la dyspnée, sous forme d'accès asthmatiques rebelles, on sera autorisé à mettre la paralysie laryngée sur le compte d'une compression exercée sur le récurrent par des ganglions bronchiques tuberculeux, même dans le cas où les sommets pulmonaires ne présentent pas de modification nette.

J'ai eu aussi pour mon compte l'occasion d'observer l'immobilité crico-aryténoïdienne, par périchondrite, comme manifestation d'une tuberculose laryngée initiale; mais j'avoue que le fait est rare. J'ai observé pendant plus d'un an le malade auquel je fais allusion.

Outre les modifications laryngées que je viens de décrire, on constatait chez lui, au sommet droit, un prolongement à peine sensible de l'expiration; la toux était insignifiante et l'on ne pouvait découvrir de bacilles dans l'expectoration. D'ailleurs le malade se trouvait très bien et son état s'améliora encore considérablement à la suite d'un assez long séjour dans mon service. Cette périchondrite avec immobilité secondaire de l'articulation me parut d'autant plus obscure que le sujet n'avait pas eu la syphilis.

Tout en faisant des réserves fondées sur l'intégrité relative des sommets pulmonaires, je songeai à la possibilité d'une tuberculose. Quelques mois après le malade revint dans mon service, présentant cette fois de la fièvre et des modifications pulmonaires prononcées qui permettaient d'autant moins le doute, relativement à leur nature tuberculeuse, que nous réussissions cette fois à déceler de nombreux bacilles dans l'expectoration.

J'ai cherché dans ce qui précède à donner une description rapide des modifications laryngées initiales dont la connaissance précise nous met parfois à même de reconnaître prématurément la terrible maladie pulmonaire. En terminant, nous tenons à insister sur ce fait, qu'un bon diagnostic ne doit pas reposer seulement sur un simple examen laryngos-

copique, mais être comme la résultante de la considération et de l'analyse minutieuse de tous les points de repère que peut nous fournir l'examen complet du malade.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANGIOMES DES FOSSES NASALES

Par le Dr **Luc**.

Je fus consulté, à la fin de juillet de l'année dernière, par M. K..., homme d'une cinquantaine d'années, qui m'était adressé par mon excellent maître et ami le Dr Gérin-Roze, pour une obstruction de la fosse nasale droite.

Il était facile d'apercevoir dans cette cavité, par le simple écartement de l'aile de la narine, une tumeur arrondie, de surface bosselée, mais lisse, de couleur rouge sombre, peu mobile et paraissant s'implanter sur une partie assez élevée de la cloison par une surface large.

M. K. attribuait l'origine de son affection nasale à un coup de revers de main reçu, quatre mois auparavant, sur le côté droit du nez, qui avait été suivi d'une vive douleur et d'une épistaxis prolongée.

Depuis lors, l'épistaxis ne s'était pas reproduite et l'obstruction nasale unilatérale était le seul symptôme dont se plaignait le malade.

Ayant réussi assez facilement à passer autour de la tumeur l'anse froide d'un serre-nœud à fil de fer de Zaufal, je pratiquai la section de la portion circonscrite avec une lenteur voulue et j'amenai au dehors un fragment, de la grosseur d'une cerise, présentant microscopiquement l'aspect d'un polype muqueux creusé de petites lacunes pleines de sang ; mais, en raison de l'implantation sessile du néoplasme, je n'avais pu en extraire tout au plus que la moitié et, malgré la précaution que j'avais prise de serrer l'anse lentement, la portion demeurée adhérente donnait du sang en abondance.

J'éprouvai de très sérieuses difficultés à me rendre maître de cette hémorrhagie, au moyen d'un tamponnement très serré, pratiqué avec de l'amadou et le malade conserva pendant plusieurs jours une grande faiblesse qui attestait suffisamment l'abondance du sang perdu.

Quand, au bout de deux jours, j'enlevai le tamponnement, je trouvai l'hémorrhagie arrêtée. La fosse nasale était encore en grande partie obstruée par la portion de la tumeur demeurée adhérente et qui se présen-

taut sous l'aspect d'une masse rouge bleuâtre, arrondie, tendue et élastique. Ayant ponctionné avec une aiguille fine la partie la plus tendue du néoplasme je vis le sang s'écouler goutte à goutte par la piqûre, sans paraître avoir aucune tendance à s'arrêter spontanément. Il paraissait donc évident que j'étais en présence d'une tumeur vasculaire à circulation lacunaire, et afin d'éviter la répétition de l'accident qui avait suivi ma première intervention, je résolus de compléter mon opération en me servant de l'anse galvano-caustique.

Cette fois, la perte de sang fut beaucoup moindre et plus facilement maîtrisée, grâce, sans doute, au soin que je pris de n'élever que modérément la température de l'anse et de ne la serrer qu'avec une très grande lenteur. La surface d'implantation du néoplasme fut ensuite cautérisée avec un couteau galvano-caustique plat, porté au rouge sombre.

Mon ami le Dr Dubief, à qui j'avais confié l'examen histologique du dernier fragment enlevé, avait l'obligeance de m'adresser, quelques jours après, les renseignements suivants :

«... Les parties périphériques de la tumeur n'ont pu être examinées d'une façon profitable, car la majeure partie de la surface a été notablement désorganisée par la calcination. Je ne puis donc indiquer la nature, ni l'état de l'épithélium qui était détruit artificiellement. Le centre de la tumeur est au contraire bien conservé et permet un diagnostic précis : c'est un *myxome télangiectasique*, autrement dit : un myxome contenant de larges cavités sanguines. Le stroma de la tumeur est formé de tissu muqueux, analogue au tissu de tous les polypes dits muqueux ; l'intérêt se porte sur la présence des cavités sanguines. Toute la tumeur est traversée par des vaisseaux extrêmement dilatés, gorgés de sang. Ce sont des capillaires, n'ayant pour toute paroi qu'un endothélium directement accolé au tissu muqueux. En certains points, la dilatation de ces capillaires est telle que l'on dirait un véritable tissu caverneux. Ce n'est pas là une dilatation anévrysmale, car tout ce tissu caverneux est revêtu d'endothélium et il s'agit bien de capillaires dilatés.

« A côté de cela, un autre fait m'avait frappé, dont l'explication me semblait obscure :

En certains points, il existait des hémorragies interstitielles, le sang étant infiltré dans le tissu muqueux, sans être contenu dans une paroi ; j'avais attribué ces hémorragies au traumatisme chirurgical, mais en somme l'examen histologique éclaire assez bien la chose, étant donné le fait d'une tumeur molle avec un système caverneux friable. D'autre part il est facile de comprendre l'hémorragie déterminée par l'extir-

pation, les vaisseaux sectionnés restant béants et, du fait de leur nature même, ne pouvant se rétracter. »

Nous ne nous dissimulons pas que si, grâce à l'obligeant concours de notre ami Dubief, cette observation ne laisse, au point de vue de la rigueur de l'examen microscopique et des détails de la description histologique, rien à désirer, il n'en est pas de même au point de vue clinique. Nous nous reprochons notamment d'avoir omis de rechercher, avant l'opération, si le néoplasme présentait des battements ou des mouvements d'expansion synchrones à la systole cardiaque, D'autre part, l'implantation exacte de la tumeur n'a pas été exactement déterminée. Au moment où celle-ci était en place, la largeur de sa surface d'insertion rendait cette constatation impossible et nous nous promettions de la mieux apprécier à un examen ultérieur de la fosse nasale, pratiqué à la suite de l'extirpation; mais le malade, une fois opéré, ayant complètement cessé de nous donner de ses nouvelles, nous n'avons pu satisfaire notre curiosité sur ce point spécial.

Or, s'il nous avait été possible, dès notre première inspection, de constater l'adhérence de la tumeur à la partie supérieure de la cloison, il ne nous est pas permis d'affirmer qu'en dehors elle ne s'attachait pas aussi, sur certains points, à la paroi externe de la cavité nasale, notamment sur le cornet moyen.

La même raison nous a mis dans l'impossibilité d'apprécier ultérieurement s'il y avait eu récédive ou si la guérison s'était maintenue.

J'ai observé cette année même, un second fait semblable au précédent. Il s'agissait d'un jeune employé de commerce âgé de 22 ans et sujet, depuis plusieurs mois, à des épistaxis répétées se produisant invariablement par la narine gauche.

Je reconnus, dans la fosse nasale de ce côté, la présence d'une tumeur grosse comme une noisette, insérée à la partie antérieure de la cloison et imparfaitement pédiculée; sa teinte était rouge bleuâtre, sa surface lisse, légèrement lobulée, sa consistance élastique.

Instruit par le souvenir de mon premier fait, je me servis, pour pratiquer l'ablation de cette tumeur, de l'anse galvano-caustique que je serrai avec une extrême lenteur et j'évitai ainsi toute hémorrhagie.

L'aspect du néoplasme était le même, à la coupe, que dans le premier cas : polype muqueux, criblé de petites cavités pleines de sang. Malheureusement, la pièce ayant été égarée, il ne fut pas possible d'en déterminer les caractères histologiques.

La présence d'angiomes vrais dans les fosses nasales est un fait rare. Nous croyons, en effet, que c'est à tort, ou du moins sans preuves anatomiques suffisantes que quelques auteurs ont donné ce nom à certains petits nodules bleuâtres parfois observés à la partie antérieure de la cloison et dont l'excoriation est souvent le point de départ d'épistaxis à répétition plus ou moins abondantes. Nous avons eu l'occasion, il y a 3 ou 4 ans, d'en observer un cas remarquable chez un malade du service de M. le professeur Dieulafoy, à l'hôpital Necker. Ici les épistaxis avaient été si fréquentes et si copieuses qu'elles avaient abouti à un véritable état cachectique. Or nous pûmes par la rhinoscopie antérieure découvrir sous un caillot, un petit nodule de ce genre, siégeant sur la partie antérieure de la cloison et dont la simple cautérisation pratiquée avec le crayon de nitrate d'argent suffit pour enrayer définitivement la reproduction de toute perte de sang.

Nous pensons que, dans ces faits aujourd'hui surabondamment connus, il s'agit moins d'un angiome que d'une simple varice développée sur le trajet d'une veinule de la cloison et dont les ongles du malade provoquent et entretiennent le plus souvent l'ulcération.

Nous répétons au contraire que le développement, dans les fosses nasales, d'angiomes formant des tumeurs assez volumineuses pour se prêter à un examen précis, microscopique ou au moins macroscopique, est chose rare, surtout si l'on a soin de séparer les angiomes de la cavité nasale

proprement dite des fibromes très vasculaires ou fibromyxomes qui, primitivement développés sur l'apophyse basilaire n'envahissent que secondairement les fosses nasales, comme ils sont susceptibles d'envahir les autres cavités voisines (fente ptérygo-maxillaire, fosse zygomatique, etc.).

Deux auteurs américains, le Dr Roe, de Rochester et le Dr Jarvis, ont, le premier en 1885 (1), le second en 1888 (2), à l'occasion d'une observation personnelle, rassemblé les divers cas publiés sur la question. Nous n'avons pu jusqu'ici nous procurer le travail de Jarvis que nous ne connaissons que succinctement par l'analyse qu'en a donnée le professeur Lefferts de New-York dans le *Centralblatt für laryngologie* (3). Au contraire, le Dr Roe a bien voulu nous faire obligeamment parvenir son mémoire presque en même temps que le professeur Lefferts à qui nous nous étions également adressé. Le travail de Roe contient un ensemble de 14 cas, celui de Jarvis en renferme 16, mais il est assez vraisemblable que les faits du premier se trouvent reproduits dans le second. Quoi qu'il en soit, si nous analysons soigneusement les 14 faits rassemblés par Roe (dont un lui est personnel) et le fait personnel de Jarvis (analysé par Lefferts) nous constatons que cette somme de 15 faits doit être décomposée en 7 cas d'angiomes vrais de la fosse nasale proprement dite (le cas de Jarvis est du nombre) et 8 cas de fibromes vasculaires ou fibro-angiomes, nés de l'apophyse basilaire et primitivement développés par conséquent dans le pharynx nasal.

Nous ne nous occuperons ici que des premiers, car ce sont les seuls auxquels nous puissions assimiler, comme nature et comme siège, nos deux observations personnelles. Nous disposons ainsi d'un total de 9 cas et, en étudiant comparativement, chez les uns et les autres, les caractères cli-

(1) Angiomes of the næse. *New-York med. Journ.*, 16 janvier 1886.

(2) *Internat. Journ. of surg. and antisept.*, janvier 1888.

(3) 5^e année, p. 378.

niques et anatomiques de l'affection, nous pourrions contribuer à en tracer une ébauche nosologique.

Essai de description nosologique.

Étiologie.

Sexe. — 7 hommes et 2 femmes.

Age. — Le malade le plus jeune avait 20 ans, le plus âgé 68 ans. Entre ces extrêmes nous notons 22, 23, 30, 50, 52 ans.

Cause occasionnelle. — Nous ne trouvons mentionnée dans aucune observation l'influence du traumatisme invoquée (probablement à tort, d'ailleurs) par notre premier malade; dans presque tous les cas, l'affection a paru se développer spontanément et progressivement.

Influence de la constitution. — Dans un fait publié par Verneuil (*Ann. des mal. de l'or.*, 1875., p. 169) l'angiome nasal coïncidait avec plusieurs nævi développés sur différents points de la peau de la face et de la muqueuse buccale, ce qui indique une certaine prédisposition constitutionnelle.

Anatomie pathologique.

Jusqu'ici l'angiome nasal n'a jamais été rencontré que dans une seule fosse nasale et plus souvent dans la gauche que dans la droite (nous notons 2 fois le côté droit et 7 fois le gauche); mais ce qui est plus intéressant c'est le siège de l'implantation du néoplasme dans l'intérieur de la fosse nasale. Roe fait remarquer, qu'étant donnée la texture de ces tumeurs, analogue à celle du tissu caverneux que nous voyons prédominer dans la muqueuse du cornet inférieur et de la partie inférieure de la cloison, on aurait pu supposer a priori que ces régions dussent être le siège d'élection du développement des angiomes. Or c'est tout au contraire sur la partie supérieure de la cloison et parfois aussi

sur la voûte et le cornet moyen que nous trouvons ces néoplasmes implantés par une large base, mais le plus souvent sur la cloison seule.

Il s'en faut de beaucoup que toutes les observations que nous avons rassemblées contiennent une description anatomique rigoureuse de la tumeur, fondée sur un examen microscopique. La plupart des auteurs se contentent d'une description macroscopique et comparent la tumeur à une éponge se montrant, sur les coupes, criblée de petits orifices pleins de sang. Dans les quatre observations renfermant une description histologique (Clinton Wagner, Delavan, Roe, Luc) nous trouvons mentionnée la présence de tissu myxomateux dans le stroma du néoplasme, fait en rapport avec la fréquence du développement des myxomes dans les cavités nasales. Dans notre cas et celui de Delavan, il s'agissait d'un angio-myxome pur, dans celui de Clinton Wagner, la tumeur n'était pas homogène : on y trouvait des parties myxomateuses, fibro-myxomateuses et caverneuses. Enfin, dans le fait de Roe, se rapportant à un homme de 68 ans, la tumeur primitivement angiomateuse dégénéra ultérieurement en un angio-myxo-sarcome.

Symptômes.

Le développement de l'affection est généralement lent et insidieux. Il se peut même que l'obstruction de la fosse nasale par le néoplasme constitue la seule manifestation subjective de ce dernier (comme dans notre premier fait). Dans la majorité des cas cependant, surviennent des épistaxis remarquables par leur abondance, par leur répétition fréquente et leur apparition exclusive par la même narine.

A presque tous les observateurs le myxome s'est présenté sous l'aspect d'une tumeur arrondie, plus ou moins irrégulière, mais à surface lisse, de couleur rouge ou bleu foncé, élastique et rénitente, implantée par une surface large dans la région supérieure de la fosse nasale, généralement peu profondément. Verneuil et Roe mentionnent l'existence de

battements et de mouvements d'expansion synchrones à la systole cardiaque. Jarvis a noté, comme nous-même, que la piqure la plus fine faite à la tumeur détermine un écoulement sanguin qui n'offre aucune tendance à s'arrêter spontanément.

Diagnostic.

Il y a une grande importance à reconnaître la nature angiomateuse d'une tumeur intra-nasale. En effet, un examen superficiel pourra faire croire à un simple polype muqueux dont l'extraction entreprise sans les précautions spéciales commandées par les circonstances aura pour conséquence une hémorrhagie abondante et difficile à arrêter.

A défaut des battements et pulsations que l'on ne devra pas négliger de rechercher, la couleur du néoplasme, son peu de mobilité, sa large insertion (le plus souvent sur la cloison), le fait d'épistaxis répétées mentionnées par le malade constituent un ensemble de symptômes assez caractéristique.

La couleur, la surface lisse, tendue et rénitente de la tumeur, l'absence d'engorgements ganglionnaires permettront généralement de la distinguer des néoplasmes malins.

Dans les cas douteux, une ponction capillaire donnant lieu à un écoulement sanguin, sans tendance à l'arrêt spontané, pourrait aider à la solution du problème.

On pourrait aussi, à l'exemple de Verneuil, rechercher la présence de nævi sur d'autres points du corps (peau et muqueuses).

Pronostic.

L'angiome nasal peut être considéré comme une affection tout au moins sérieuse. Spontanément, elle expose le malade à des hémorrhagies qui, par leur abondance et la fréquence de leurs retours, peuvent engendrer un état d'anémie extrême.

Le même accident se produit trop souvent lors des tenta-

tives d'extirpation, lorsque l'on omet de s'entourer de précautions spéciales sur lesquelles nous nous étendrons plus loin.

Enfin, le néoplasme une fois extirpé, tout n'est pas fini : des récidives peuvent se produire et entraîner parfois des hémorrhagies mortelles.

Des cinq malades (parmi ceux cités par Roe) qui continuèrent d'être observés ou suivis de loin, trois parurent jouir d'une guérison durable ; l'un d'eux, un malade de Clinton Wagner, était indemne de récidive au bout de 8 ans, mais celui de Verneuil mourait, au bout de 4 ans, dans un état d'extrême cachexie, et celui de Delavan conservait une érosion de la cloison saignant au moindre contact. Notons enfin la transformation ultérieure possible de l'angiome en sarcome, fait dont la possibilité avait été établie par Duchemin, dans sa thèse (1), pour les angiomes en général et dont l'observation de Roe nous montre un remarquable exemple.

Traitement.

A en juger d'après les faits que nous avons rassemblés à la suite de Roe, l'on pourrait recourir aux moyens les plus variés pour pratiquer l'ablation des angiomes nasaux.

Nous voyons Verneuil, après avoir ouvert la fosse nasale par une incision médiane faite sur le dos du nez, pratiquer la destruction de toutes les parties saignantes de la cloison avec le fer rouge ; Clinton Wagner se servir, une fois, du couteau, une autre fois de l'anse froide ; Seiler employer l'anse froide de Jarvis, après transfixion de la tumeur au moyen d'une aiguille ; Delavan recourir à la curette puis à l'acide chromique comme hémostatique ; Jarvis recommander l'anse froide qui porte son nom ; enfin Roe après une première tentative d'extirpation avec l'anse galvano-caustique, suivie d'une hémorrhagie considérable, compléter

(1) *Transformations des angiomes*. Thèse de Paris, 1880.

son opération au moyen de l'anse froide de Jarvis manœuvrée avec une grande lenteur et ne déterminer cette fois qu'une faible perte de sang, tandis que nous-même, après avoir eu à déplorer une abondante hémorrhagie avec l'anse froide, maniée il est vrai avec une lenteur insuffisante, avons pu terminer notre intervention au moyen de l'anse galvano-caustique, au prix d'une perte de sang beaucoup moins importante.

Ces faits prouvent suffisamment que l'on ne saurait tracer de règles absolues pour l'opération en question. Ce qui, dans tous les cas, ne doit pas être perdu de vue, c'est l'extrême tendance de ces tumeurs à saigner, dès qu'on entame leur tissu, et à saigner abondamment et sans tendance à l'hémostase spontanée. Aussi nous semble-t-il prudent de ne pas en entreprendre l'extirpation sans avoir préalablement préparé le nécessaire pour pratiquer au besoin le tamponnement de la cavité nasale.

De tous les moyens proposés, l'anse froide à vis, celle de Jarvis, par exemple, nous paraît être en somme le moyen répondant le mieux aux indications et aux dangers spéciaux de l'opération. Cet instrument permet, en effet, d'opérer avec le maximum de lenteur et cela nous paraît encore la meilleure garantie contre le péril de l'hémorrhagie. A la suite de son essai malheureux avec l'anse galvano-caustique, Roe ne mit pas moins de trois heures pour déterminer la section d'une partie de la tumeur au moyen de l'anse froide de Jarvis.

L'implantation sessile du néoplasme l'obligea d'autre part à répéter plusieurs fois la même manœuvre sur le moignon de l'angiome demeuré adhérent.

Peut-être la méthode de l'électrolyse recommandée et employée depuis longtemps avec succès par Voltolini (1) en Allemagne et Guyon (2) en France pour la destruction des

(1) Die Krankheiten der Nase. Breslau, 1888.

(2) Soc. de chirurg., 25 juin 1873.

fibromes très vasculaires de la cavité naso-pharyngienne donnerait-elle d'aussi heureux résultats dans le traitement des angiomes du nez, mais ce n'est là qu'une supposition de notre part, cet essai, autant que nous le sachions, n'ayant pas encore été fait.

Bibliographie.

1° VERNEUIL. *Ann. des mal. de l'or.*, 1875, p. 169.

2° CLINTON WAGNER. *Diseases of the nose*. New-York, 1884, p. 149 et 150 (2 faits).

3° SEILER. *American specialist*. Philadelphia, vol. II, p. 7.

4° DELAVAN. *Arch. of laryng.*, v. III, p. 174.

5° ROE. *New York med. Journ.*, 16 janvier 1886 (travail renfermant une observation personnelle et un résumé des précédentes).

6° H. BURCKHARDT. *Angiom der Nasenscheidewand*. — Bericht über den Betriebe des Ludwigs-Spitals Charlottenhilfe, in Stuttgart. II, 1884/1885.

(Cet article est simplement cité dans le *Centralblatt für laryngologie*, 1886/1887, par Schech, qui dit n'avoir pu se le procurer.)

7° WM. C. JARVIS. *Vascular tumors of the nasal passages and their treatment by crushing with the cold snare, with the history of a successful case*. — *Internat. Journ. of surgery and antisept.*, vol. I, n° 1, janvier 1888. — Analysé par Lefferts, in *Centralbl. f. laryng.*, 1888/1889, p. 378.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE LORDOSE DES VERTÈBRES CERVICALES

Par le Dr **Heymann**, de Berlin. Communication faite à la Société médicale de Berlin (1) (traduite par le Dr LUC).

En 1877 j'ai publié, dans le journal *Berliner klinische Wochenschrift*, sous le n° 52, un cas de lordose toute spéciale des vertèbres cervicales provenant du dispensaire de Störk. Depuis lors je n'avais rencontré aucun fait semblable et je n'avais pu non plus en découvrir d'analogues dans la littérature médicale. En revanche, cette année, j'ai eu l'occasion d'en observer un tout semblable.

Il s'agissait d'un couvreur en ardoises, âgé de 29 ans, sans tare héréditaire appréciable. Il prétendait avoir toujours été bien portant dans son enfance. Dans son adolescence, il aurait éprouvé un léger trouble de la voix qui l'aurait empêché de chanter. On ne retrouvait dans ses antécédents ni accidents pulmonaires, ni rien qui pût faire songer à une affection des vertèbres cervicales. Tant pendant les exercices gymnastiques auxquels il se livrait que dans l'accomplissement de son métier qui exige une grande habileté physique il n'aurait jamais éprouvé la moindre gêne. Depuis quelque temps (il ne peut préciser davantage), il croit avoir remarqué une certaine difficulté en avalant ; les grosses bouchées notamment ne descendent qu'au prix d'un certain effort voulu. Depuis plusieurs années il souffre d'une obstruction nasale qui l'a déterminé à se présenter à la polyclinique.

Ce qui frappe tout d'abord dans l'aspect du malade, c'est la façon toute spéciale dont il maintient le cou incliné en avant.

(1) Sera publiée en allemand dans le *Berliner klinische Wochenschrift*

La nuque, au lieu de la rondeur normale présente un aplatissement marqué. Il existe, en outre, dans cette région, une profonde dépression. Une palpation profonde permet de sentir nettement l'apophyse épineuse de la 7^e vertèbre cervicale. A une distance relativement considérable de cette dernière, à plus d'un centimètre et demi au-dessus d'elle, on sent une autre apophyse épineuse unie à la précédente par une masse tendineuse rigide ; plus haut commence la profonde dépression que nous venons de mentionner et qui n'a d'autre limite supérieure que l'occiput. Dans cette dépression, on peut sentir encore, profondément il est vrai, une troisième apophyse épineuse, au-dessus de la dernière signalée. Enfin, au-dessous de l'écaille occipitale, on perçoit l'existence d'un corps arrondi qui semble, d'après l'impression qu'il éveille, se composer de deux parties. Les vertèbres dorsales supérieures sont quelque peu plus saillantes qu'à l'état normal, au point de constituer un très léger état de cyphose ; en outre, elles sont très légèrement déviées à gauche. Ce sont là toutes les anomalies que laisse apprécier extérieurement la colonne vertébrale. L'épaule droite est un peu plus plate que la gauche ; le muscle trapèze est un peu moins développé à droite qu'à gauche. Les ganglions situés au niveau supérieur de ce muscle sont appréciables à droite au toucher et le sont à peine à gauche. Le creux sous-claviculaire droit est un peu plus profond que le gauche. L'exploration des apophyses transverses ne peut être pratiquée comme on l'aurait désiré. Les sommets pulmonaires présentent des deux côtés une matité nette. A droite le sommet pulmonaire n'atteint pas un niveau aussi élevé qu'à gauche.

Quand, faisant ouvrir la bouche du malade, on abaissait sa langue, on observait au niveau de la paroi postérieure du pharynx, une tumeur arrondie recouverte d'une muqueuse lisse, plus saillante à gauche qu'à droite et qui, dans les tentatives d'examen laryngoscopique, masquait complètement la partie postérieure du larynx. L'aspect de la tumeur était presque exactement celui d'un abcès rétro-pharyn-

gien. Au toucher elle présentait une consistance osseuse ; elle semblait faire corps avec la colonne vertébrale et se montrait tout à fait immobile. Le miroir aussi bien que le doigt permettaient d'assigner à la tumeur une limite inférieure située un peu au-dessus de l'épiglotte, tandis qu'ils la montraient se perdant supérieurement dans la cavité nasopharyngienne sans toutefois la remplir. Par les mouvements de la tête la tumeur se laissait quelque peu aplanir sans toutefois cesser de former une saillie appréciable à la vue et au toucher. Dans la cavité naso-pharyngienne, on pouvait sentir distinctement le corps de l'atlas et de l'axis, tandis que les corps des troisième et quatrième vertèbres cervicales se confondaient avec la tumeur. Les contours de cette dernière sont tout à fait arrondis : nulle part elle ne présente de saillie aiguë. Le larynx pouvant être examiné d'une façon complète, à la faveur de certaines attitudes, on constate que sa cavité est tout à fait normale.

Lors de la tentative d'exploration des apophyses transverses signalée plus haut, le malade se plaignit que la pression exercée en un point spécial éveillait une vive douleur : ce point correspondait au côté droit du cou, au-dessous du larynx. Or, un examen laryngoscopique ayant été, sur ces entrefaites, pratiqué tout à fait par hasard montra la corde vocale droite en position cadavérique, dans une complète immobilité. Cette paralysie disparut progressivement dans l'espace de trois à quatre jours. La même manœuvre pratiquée quelque temps après aboutit au même résultat.

Au point de vue laryngoscopique, c'est un fait assez intéressant que cette lordose des vertèbres cervicales masquant la partie postérieure du larynx. J'avais noté la même particularité dans l'observation que je publiai en 1877. Mais, ce qui est extraordinairement remarquable c'est cette paralysie transitoire du récurrent causée par la compression du tronc nerveux sur le plan osseux sous-jacent. Je ne sache pas qu'un fait semblable ait été signalé auparavant, au moins pour la

même région du trajet nerveux. La courte durée de la compression explique suffisamment la récupération ultérieure du fonctionnement du nerf.

Pour ce qui est de l'étiologie de la tumeur, seule l'autopsie pourrait permettre de la déterminer avec précision. Dans mon cas de 1877, où il s'agissait d'une lordose sans scoliose, j'expliquai la déformation par un défaut de développement congénital des arcs vertébraux et je cherchai à appuyer cette explication sur des préparations analogues tirées du musée anatomique de Vienne.

Dans le cas dont il s'agit ici on pourrait peut-être invoquer une étiologie semblable ; mais d'autre part il est aussi fort possible qu'il se soit agi d'un processus rachitique ou inflammatoire ayant évolué pendant la première enfance. Dans tous les cas, on peut conclure avec certitude des contours absolument arrondis de la saillie que, s'il y a eu réellement inflammation ce ne sont pas les corps vertébraux, mais bien les articulations ou les arcs des vertèbres qui en ont été le siège.

D'autre part, si un examen pratiqué à plusieurs reprises par les plus grandes autorités médicales (1) n'a pu permettre de découvrir toutes les apophyses épineuses cervicales, il n'est pas permis de conclure de là à l'absence de ces apophyses, étant donnée la difficulté de semblables recherches sur le vivant. Il est en effet possible que ces apophyses peut être déviées latéralement par le déplacement scoliotique, peut-être aussi atrophiées, aient échappé facilement à l'exploration du doigt pratiquée à travers la musculature épaisse du cou. Ce que l'on peut en revanche admettre avec certitude c'est que la cyphose tout à fait insignifiante de la partie supérieure de la colonne dorsale a été la conséquence et non la cause de la lordose bien plus prononcée de la région cervicale.

(1) Les professeurs Von BERGMANN et VIRCHOW et le Dr BECLEY ont eu l'extrême obligeance d'entreprendre cette exploration avec moi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

58^e SESSION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

TENUE A BIRMINGHAM, AOUT 1890

Section de Laryngologie et Rhinologie.

Présidents, MM. JOHN SC. SWITHIN et WILDEKS.

**Du traitement de la tuberculose laryngée, par M. CHARTERS
J. SYMOND.**

Dans ce travail, l'auteur (chirurgien assistant de Guy's hospital) s'occupe exclusivement du traitement opératoire de la maladie.

Rappelant les résultats brillants, notamment les réunions immédiates, obtenues par le traitement chirurgical appliqué aux lésions tuberculeuses des membres, il considère comme rationnel de chercher à appliquer cette méthode au larynx, malgré la difficulté que l'on éprouvera à atteindre certaines parties de l'organe et l'impossibilité d'y opérer avec une antiseptie rigoureuse.

Il pense que la tuberculose laryngée peut être primitive et que, s'il est fréquent que le larynx soit secondairement infecté par le poumon, la réciproque peut avoir lieu. D'ailleurs l'existence de lésions pulmonaires ne contre-indique pas l'intervention opératoire intra-laryngée. Cette intervention peut, en effet, se borner à la prétention d'être simplement palliative, quand le malade souffre d'une dysphagie causée par de grosses infiltrations de l'entrée du larynx qui compromettent son alimentation.

Comme technique, l'auteur donne la préférence au curettage et au badigeonnage pratiqués avec des solutions de plus en plus concentrées d'acide lactique. Comme ce dernier agent ne peut exercer son action que sur les surfaces ulcérées, l'auteur se montre partisan de la façon de faire de Heryng et de Krause, consistant à faire précéder les badigeonnages en question d'un curettage énergique des parties infiltrées, donnant au médicament la possibilité de pénétrer au sein des foyers tuberculeux et d'y exercer son action modificatrice. Tout en plaçant la cause du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx, l'auteur admet comme Heryng la possibilité de la guérison spontanée et rapporte un fait où ce

résultat fut obtenu, du moins passagèrement, sous l'influence de mesures hygiéniques spéciales (grand air, alimentation).

Dans une communication faite sur le même sujet par G. Hunter Mackenzie, l'auteur insiste sur ce fait que la localisation laryngée représente la forme la plus intense de la tuberculose des voies aériennes, comme semblent l'attester la grande abondance et les dimensions des bacilles en pareil cas.

Il n'est pas d'avis d'appliquer la méthode opératoire aux malades atteints de tuberculose pulmonaire avancée. Il faut dans ces circonstances se contenter de moyens palliatifs. Les formes anatomiques les plus favorables à l'intervention locale sont les tumeurs tuberculeuses bien limitées et les productions végétantes de même nature.

Il désapprouve la trachéotomie dans les formes graves, en dehors de l'indication fournie par le danger de la suffocation, mais il pense que dans les formes torpides, cette opération peut contribuer à la guérison des lésions laryngées, par le repos qu'elle procure à l'organe.

Quelques lignes du travail de Hunter Mackenzie sont consacrées au catarrhe simple qui peut être observé chez les tuberculeux et qui, d'après lui, contre-indique l'envoi de ces malades vers de hautes altitudes.

Le Dr E. F. TREVELYAN rapporte deux cas de paralysie des abducteurs du larynx d'origine indéterminée.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui fut pris rapidement d'une dyspnée laryngée, principalement inspiratoire qui nécessita la trachéotomie. On n'observa chez lui, ni œdème ni fausses membranes dans la gorge, ni lésions thoraciques, ni signes d'une compression des nerfs vagues et récurrents, ni albumine dans les urines, ni enfin de symptômes nerveux. On constatait avec le miroir que les cordes vocales s'écartaient très imparfaitement pendant l'inspiration. La canule put être retirée après quelques jours, mais les signes objectifs précédents persistèrent pendant des mois. L'auteur pense qu'il s'agissait là de phénomènes myopathiques dus à une infiltration inflammatoire des muscles crico-aryténoïdiens, consécutive à un catarrhe laryngé intense.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un ouvrier de trente-six ans qui éprouvait depuis plusieurs mois de l'anhélation et de la dysphagie. La dyspnée était uniquement inspiratoire et le miroir révélait d'ailleurs un écartement insuffisant des cordes vocales pendant l'inspiration. On ne constatait chez lui ni tumeur cervicale ni symptômes nerveux. Malgré l'in-

tégrité apparente du thorax, l'auteur songe à la possibilité, dans ce fait, de l'existence d'un néoplasme intra-thoracique.

Le Dr WOAKES, de Londres, fait une communication sur l'étiologie, la signification et le traitement des éperons et des déviations de la cloison nasale.

D'après Woakes les déviations portent surtout sur la cloison cartilagineuse. Son expérience ne l'autorise pas à dire si elles peuvent être congénitales ; le plus souvent elles seraient d'origine traumatique. Le côté saillant de la déviation devient secondairement le siège d'épaississements inflammatoires qu'on ne voit pas se produire du côté opposé. Un détail qui facilite singulièrement les manœuvres opératoires, c'est qu'il existe toujours entre la partie saillante et le plancher de la fosse nasale un intervalle où l'on peut insinuer un instrument tel que la scie.

En dehors du traumatisme, Woakes fait jouer un certain rôle à l'hypertrophie des cornets ou au développement de néoplasmes dans la production des déviations ; mais il faut alors que ces lésions soient unilatérales, ou qu'au moins elles prédominent d'un côté.

L'auteur insiste sur la fréquente coïncidence des déviations et des éperons. Il propose de ce fait l'explication suivante : sous l'influence de la cause déviatrice, le cartilage de la cloison se luxe par rapport à son union avec la crête de jonction des maxillaires supérieurs. Au niveau du déplacement s'établit un travail d'inflammation aboutissant à la formation d'une sorte de contrefort constitué par du tissu osseux et cartilagineux hypertrophié.

Comme traitement opératoire, il conseille l'emploi de la scie au moyen de laquelle l'éperon est attaqué de bas en haut, après quoi la fosse nasale est tamponnée au moyen d'ouate de pin (fir wood-wool).

Dans sa communication sur le même sujet, M. Walsham, de Londres, distingue trois variétés parmi les lésions en question : 1° simples déviations de la cloison cartilagineuse ; 2° luxation de l'extrémité antérieure de la cloison par rapport à l'épine nasale antérieure et aux portions réfléchies des cartilages latéraux ; 3° déviations compliquées de productions cartilagineuses ou osseuses saillantes. Chacune de ces variétés est étudiée séparément.

La première variété est très commune, elle résulte souvent d'un traumatisme antérieur et est souvent accompagnée alors d'un léger déplacement des cartilages latéraux ou des os propres du nez. Il pense que les cas non traumatiques qui apparaissent généralement vers l'âge de la puberté

soit le résultat de quelques troubles dans le développement des os de la face. Au moment de la puberté, le nez devient le siège de phénomènes d'expansion de ses cavités propres et accessoires ; or, en se développant les cellules sphénoïdales poussent le vomer en bas et en avant ; la lame perpendiculaire de l'éthmoïde et, d'une façon générale, toute la cloison participe à ce mouvement de propulsion qui ne peut s'accomplir régulièrement qu'à la condition que l'os frontal et les maxillaires supérieurs subissent une expansion proportionnelle. Dans le cas contraire, la cloison poussée par derrière et arrêtée par devant se dévie.

Contre cette première variété l'auteur conseille la résection de la partie saillante. En cas de déviation de la crête maxillaire, il en pratique la fracture et rétablit le fragment supérieur dans une position médiane où il le maintient, jusqu'à consolidation, au moyen d'un appareil spécial.

Dans la seconde variété, la cloison cartilagineuse détachée (soit par le fait d'un traumatisme, soit par suite d'un trouble de développement) de ses insertions normales à l'épine nasale et aux cartilages latéraux, est poussée dans une des fosses nasales. La muqueuse qui la recouvre est congestionnée ou bien au contraire elle est amincie et laisse entrevoir la coloration jaune pâle du cartilage. Comme traitement Woakes conseille la résection en masse du cartilage et de la muqueuse qui le recouvre, ou bien la résection du cartilage seul, après soulèvement d'un lambeau de muqueuse. Le premier procédé lui paraît préférable.

La troisième variété serait souvent, d'après l'auteur, la conséquence d'une fracture, et alors, les parties saillantes seraient tout simplement des cals. En dehors du traumatisme, la déformation pourrait être d'une nature rachitique : il se formerait alors un épaississement en forme de bourrelet saillant, à l'union du cartilage avec les os. Comme traitement il conseille la résection des cals saillants au moyen de la scie, suivie de redressement au moyen d'un forceps ad hoc. Comme il opère sous le chloroforme, il préfère la scie droite à la scie coudée. Pour le maintien du redressement il emploie des tubes de caoutchouc pouvant être gonflés à volonté.

Quelques lignes sont spécialement consacrées au traitement de l'enfoncement traumatique des cartilages latéraux. La difficulté en pareil cas est d'obtenir la persistance du redressement. Il conseille, le malade ayant été chloroformé, de pratiquer une incision médiane sur le dos du nez et de mettre au jour les os et les cartilages après avoir rabattu la peau en arrière de chaque côté. Les cartilages sont alors redressés et suturés aux os au moyen de fils d'argent que l'on passe dans des trous pratiqués à l'avance.

Le Dr WILLIAM HILL fait une communication sur la valeur de la méthode de dilatation forcée de Hewetson pour le traitement de la sténose antérieure du nez.

Après avoir rappelé les avantages et les inconvénients de cette méthode dont la puissance d'action, faute de pouvoir être graduée, expose à l'enfoncement de la paroi externe, vers le sinus maxillaire, Hill dit s'être servi avec succès, dans le même but, de l'appareil de Mayer et Meltzer, composé de deux branches agissant chacune comme un levier du troisième genre et pouvant être éloignées ou rapprochées à volonté au moyen d'une vis graduée. L'avantage général de la dilatation forcée est de supprimer la lenteur fastidieuse des procédés usuels de cautérisation, de résection, etc. La même méthode donne aussi de bons résultats pour combattre une variété de sténose rebelle constituée par la dépression de l'aile du nez vers la cloison, dépression causée, comme l'a montré M. Rougton, par la présence d'une bande fibreuse située en dedans de l'aile. Enfin, l'auteur aurait réussi à rendre l'odorat à un malade en écrasant au moyen de cet instrument les cornets moyens qui, par leur hypertrophie, obturaient la fente olfactive.

En somme, il a employé la dilatation forcée dans vingt et un cas de sténose nasale antérieure prononcée et en a obtenu les résultats les plus encourageants.

Le Dr SCANES SPEICER fait une communication sur les cylindres nasaux médicamenteux dans le traitement de l'asthme de foin, le catarrhe, l'ozène, etc.

Il s'agit de cylindres creux en glyco-gélatine montés sur des tubes creux de caoutchouc vulcanisé et imprégnés de substances médicamenteuses diverses. Un fil empêche l'appareil de glisser dans le pharynx. Grâce à la conformation de l'appareil, la respiration nasale n'est pas interrompue, pendant que les substances incorporées à la glyco-gélatine agissent sur la muqueuse nasale.

Le Dr LENNOX BROWNE fait une communication sur le ténésme pharyngien.

L'auteur applique cette dénomination, par assimilation au ténésme rectal ou vésical, à une affection caractérisée par une sensation de corps étranger dans la gorge, avec besoin de s'en débarrasser, sensation accompagnée du rejet de mucosités ou d'une petite quantité de sang. Ces

phénomènes coïncideraient fréquemment avec l'hypertrophie du tissu lymphoïde de la base de la langue et le développement variqueux des veines de la région auxquelles l'auteur, pour continuer sa comparaison applique la dénomination d'hémorroïdes pharyngées. Une autre lésion concomitante serait un certain développement du corps thyroïde. Cette affection s'observerait plus souvent chez la femme que chez l'homme et particulièrement au moment de la ménopause. L'auteur cite encore comme facteurs étiologiques un certain nombre de particularités dont l'ensemble se résume assez bien dans la diathèse arthritique. Enfin, il invoque aussi les fatigues vocales et l'obstruction nasale.

Le Dr WALKER DOWNIE présente plusieurs spécimens de polypes nasaux exceptionnellement volumineux.

Pour l'extraction de ces polypes, l'auteur recommande l'emploi d'une pince à mors longs, creux dans leur partie centrale et garnis de dents fines le long de leurs bords. Les manches sont pourvus d'un arrêt.

Le polype est saisi à son pédicule, puis la pince est maintenue fermée deux ou trois minutes pour écraser les vaisseaux, après quoi il suffit de la moitié ou des deux tiers d'un mouvement de rotation pour en effectuer l'ablation.

Le Dr ADOLF BRONNER fait une communication sur la tonsille pharyngée et le relâchement de la gorge.

Il opère les végétations adénoïdes avec la curette de Hartmann et sans anesthésie.

Les médecins qui prirent part à la discussion se montrèrent au contraire tous partisans de l'anesthésie générale. Marsh préconisa sa méthode consistant à opérer avec la curette droite, la tête étant tout à fait renversée en bas.

Le Dr ENEST H. JACOB fait une communication ayant pour titre : Remarques sur l'aphémie fonctionnelle.

L'auteur cite trois observations de cette affection caractérisée par l'abolition transitoire du langage articulé, avec conservation de l'intelligence et de la représentation graphique des idées. Le caractère transitoire des accidents implique l'absence de lésion. Ceci s'applique aux deux premières observations de l'auteur. Dans le troisième fait, au contraire, on ne peut se défendre de soupçonner un commencement de paralysie générale.

L'auteur rapproche ses observations des 20 faits rassemblés par Cartaz sur le même sujet et dont 6 provenaient du service de Charcot.

Luc.

ANALYSES ET COMPTES RENDUS

On the position of the vocal cords in quiet respiration in man and on the reflextonus of their abductor muscles. (De la position des cordes vocales, dans la respiration tranquille, chez l'homme et du tonus réflexe de leurs muscles abducteurs), par le Dr F. SEMON de Londres. *Proceedings of the royal Society*, vol. 48, 1890.

On trouve exprimées, dans la littérature médicale trois opinions, sur la position des cordes vocales, dans la respiration tranquille chez l'homme : 1° ouverture et fermeture rythmiques de la glotte ; 2° état de repos s'accompagnant d'une ouverture plus large de la glotte ; 3° position cadavérique de la glotte pendant la respiration tranquille.

La première opinion n'est que le résultat de l'application à l'homme des observations faites sur les animaux. Elle ne se trouve d'ailleurs représentée que dans la proportion de 20 0/0. La différence qui sépare la seconde opinion de la troisième a une grande importance, car, si c'est la troisième qui est la vraie, le larynx est réduit pendant la respiration à un rôle purement passif. Au contraire, si l'opinion exacte est celle de Rosenthal, de Vierordt et de Mac Kendrick, d'après laquelle la glotte est, en pareil cas, plus large qu'après la mort, il en résulte, pour le larynx, un rôle bien plus important dans l'acte respiratoire, puisque alors les dilatateurs ont pour fonction de maintenir la glotte ouverte. Ils rentrent donc dans la loi commune des muscles respiratoires proprement dits et ils acquièrent, de ce fait, une importance physiologique, bien supérieure à celle qui leur avait été concédée jusqu'ici.

C'est cette dernière opinion que soutient l'auteur, en s'appuyant sur le témoignage d'observateurs dont l'autorité est prouvée, d'autre part en montrant les mensurations comparatives de la glotte obtenues pendant la respiration tranquille et après la mort ainsi que les résultats de recherches faites sur les animaux.

Seul, entre tous les observateurs, Lennox Browne prétend que la glotte présente la même largeur dans les deux cas, tandis que tous les autres sont unanimes pour admettre quelle est plus étroite après la mort.

A propos des mensurations directes, il faut tenir compte de ce fait, que, par suite de la convergence des rayons lumineux vers l'œil de l'observateur, la glotte doit se montrer sur le miroir plus étroite qu'elle ne l'est en réalité; et en effet, l'auteur a trouvé que le rapport des dimensions apparentes aux dimensions réelles était, pour l'homme de 1 : 1,36; pour la femme de 1 : 1,27. Il en résulte donc qu'en moyenne la glotte réelle est de 5 millimètres plus large que la glotte figurée sur le miroir. La largeur maxima constatée sur l'homme, par l'auteur, a été de 14 millimètres (correspondant à une largeur réelle de 19 millimètres). Chez la femme elle était de 12 millimètres; dans les deux sexes la largeur minima était de 7 millimètres. Dans la position cadavérique, l'ouverture glottique oscille chez l'homme entre 6 et 3 millimètres, chez la femme entre 5 et 2 millimètres. Il résulte de ces différences que l'expression « position cadavérique » ne devrait plus être conservée. Ainsi, pendant la respiration tranquille, la largeur glottique est au moins le double de ce qu'elle est après la mort. Les expériences de section des nerfs moteurs du larynx chez les animaux varient beaucoup suivant l'âge et l'espèce. Elles ne doivent donc être appliquées à l'homme qu'avec une certaine circonspection. Dans tous les cas, il résulte des observations de Legallois, datant déjà du commencement du siècle, que la section en question détermine un rétrécissement de l'ouverture glottique par rapport aux dimensions de cette dernière pendant la respiration tranquille.

L'auteur défend alors son opinion d'après laquelle la position des cordes vocales dépendrait d'une activité fonctionnelle des muscles dilatateurs, en l'appuyant sur des faits anatomiques, physiologiques et cliniques. Parmi ces arguments nous nous contenterons d'insister sur le fait suivant qui nous est fourni par les malades dont les cordes vocales sont fixées en position cadavérique : ces sujets n'éprouvent pas à la vérité de troubles respiratoires; à l'état de repos, mais l'essoufflement se produit dès qu'ils se mettent en mouvement, et ce symptôme existe même alors que les phénomènes laryngés se sont produits graduellement, ce qui est d'une grande importance au point de vue du degré de la gêne respiratoire. D'autre part, un fait de Sommerbrodt établit que, chez les enfants atteints de paralysie récurrentielle unilatérale, il se produit des troubles respiratoires encore plus marqués que chez l'adulte.

Rosenbach a cherché à assimiler le rôle respectif des abducteurs et adducteurs de la glotte à celui des extenseurs et fléchisseurs des membres; d'après lui, les deux groupes seraient constamment soumis à l'impulsion

nerveuse et les abducteurs auraient la prédominance, par suite d'une supériorité de forces. Cette opinion est insoutenable, car, si elle était exacte, les paralysies fonctionnelles des constricteurs devraient avoir pour conséquence une largeur plus grande de la glotte qu'à l'état normal, ce qui n'est pas confirmé par l'observation clinique. Ils ne sont d'ailleurs pas les plus forts, car leur énergie succombe avant celle des adducteurs. D'autre part, l'excitation du nerf sectionné peut encore produire une position médiane de la corde vocale, fait contraire à la prétendue prédominance fonctionnelle des dilatateurs. Il est plus logique d'admettre une différenciation préétablie de l'appareil musculaire en phonatoire et respiratoire. Seul, l'appareil respiratoire est en jeu pendant la respiration et dans un état permanent de demi-tonus lui permettant de compenser l'influence de l'appareil phonatoire tendant à déterminer le rétrécissement du conduit aérien. Il pense, d'autre part, avoir établi que ce tonus est un réflexe dont le centre réside dans la moelle, sur le trajet du nerf vague, mais ne doit pas être exclusivement identifié avec ce dernier nerf.

Le travail de Semon se termine par les conclusions suivantes :

1° la glotte humaine est plus largement ouverte, pendant la respiration tranquille qu'après la section du vague ou du récurrent, ou qu'après la mort.

2° Cet élargissement de la glotte est le résultat du fonctionnement continu des muscles crico-aryténoïdiens qui sont par conséquent les muscles réguliers de la respiration.

3° L'activité de ces muscles est sous la dépendance d'impulsions toniques dont les centres ganglionnaires correspondent à la région des centres respiratoires bulbaires. Ces impulsions rythmiques sont apparemment transmises par des faisceaux spéciaux contenus principalement, mais non exclusivement dans le tronc du nerf vague et ils sont transformés dans le centre respiratoire en une impulsion tonique.

4° Malgré leur innervation spéciale, les abducteurs sont plus faibles que leurs antagonistes.

5° Ces antagonistes n'ont à priori aucune part à la respiration ; leur fonctionnement régulier n'a trait qu'à la phonation. Ils n'interviennent dans l'acte de la respiration que pour protéger les voies aériennes contre la pénétration de corps étrangers, ou pour produire cette forme spéciale et modifiée d'expiration qui constitue la toux et le rire.

MORITZ SCHMIDT.

Hellung eines Larynx carcinoms durch Extirpation eines Theiles der linken Hälfte des Kehlkopfes. (Guérison d'un carcinome laryngé par

extirpation d'une partie de la moitié gauche du larynx), par le professeur K. STÖRK de Vienne. In *Wien. mediz. Wochenschr.*, 9 août 1890.

Le malade, un homme vigoureux de 52 ans, vu pour la première fois, le 20 juin 1887, présentait à cette époque une tumeur intralaryngée développée aux dépens de l'aryténoïde gauche qui paraissait 3 ou 4 fois plus volumineux qu'à l'état normal. Ce néoplasme faisait une forte saillie à l'intérieur du larynx, gênant même l'adduction de la corde vocale du côté opposé. Les tentatives de traitement local étant demeurées sans résultat et le développement de la tumeur commençant à gêner la respiration, Störk songea à en pratiquer l'ablation et se souvenant d'un cas où Billroth avait pu, par une incision sous-hyoïdienne, pratiquer l'énucléation d'un néoplasme d'aspect semblable, il pria le Dr Gersung d'avoir recours au même procédé.

L'opération fut pratiquée le 1^{er} juillet 1887, après trachéotomie et emploi de la canule de Trendelenburg. Après incision de la membrane thyro-hyoïdienne, on put se rendre compte du développement de la tumeur qui s'étendait, dans le sens vertical, du bord supérieur au bord inférieur du cartilage thyroïde et, dans le sens antéro-postérieur de la ligne médiane antérieure à la ligne médiane postérieure. Son adhérence au cartilage était telle qu'il ne fallait pas songer à une simple énucléation. D'autre part, le malade n'ayant pas donné son autorisation préalable pour une extirpation laryngée, on dut se contenter d'extraire toutes les parties suspectes par la dissection, après incision du thyroïde un peu à gauche de la ligne médiane, en se servant de la rugine pour les dégager du cartilage.

L'examen du néoplasme pratiqué par le professeur Kundrat montra qu'il s'agissait d'un carcinome ayant envahi la substance même du cartilage aryténoïde.

Le 23 juillet, la plaie était cicatrisée.

Un an plus tard, la guérison s'était maintenue, mais les deux moitiés du cartilage thyroïde étant séparées par du tissu fibreux il en résultait un élargissement de la cavité laryngée qui rendait impossible toute action phonatoire de la corde vocale droite. Störk ayant constaté à ce moment l'inutilité de la canule trachéale se décida à l'enlever, mais la plaie trachéale dont les lèvres étaient recouvertes d'épiderme ne présentant aucune tendance à se refermer, il fallut, pour obtenir ce résultat, isoler la peau de la trachée et en opérer l'avivement, après quoi, les bords furent réunis par une suture. Enfin, pour remédier à l'élargissement laryngé signalé plus haut, Störk exerça son malade à produire des sons par

un mouvement spécial de la gorge ayant pour effet d'abaisser l'épiglotte et de rapprocher l'un de l'autre les cartilages de Santorini.

Aujourd'hui (août 1890), c'est-à-dire plus de 3 ans après l'intervention opératoire, la guérison s'est maintenue.

LUC.

CORRESPONDANCE

La lettre qu'on va lire et que notre regretté collègue René CALMETTES nous avait adressée, il y a quatre mois, n'avait pu, faute de place, être insérée dans les numéros précédents.

26 juillet 1890.

MON CHER CONFRÈRE,

Dans les *Archives de laryngologie* (n° de juin 1890), a paru un intéressant article de notre ami le Dr Cartaz, intitulé : *Quelques complications de l'opération des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal*.

Les complications auxquelles il fait allusion sont :

1° L'hémorrhagie ; 2° les accidents infectieux ou inflammatoires (pharyngite, amygdalite, otite suppurée).

A propos des hémorrhagies, il étudie particulièrement les hémorrhagies secondaires et, avant de prouver par un certain nombre d'observations personnelles et étrangères qu'elles sont assez fréquentes, il montre en parcourant la littérature médicale qu'on les croit généralement rares. Il cite entre autres un article de la *Gazette médicale de Paris*, 4 juin 1887, où j'ai dit qu'après l'opération il n'y avait aucune hémorrhagie grave à redouter. Voulez-vous me permettre une rectification qui peut jeter un peu de jour sur cette question toujours délicate et controversée ?

Mon article trop court, trop peu développé, concernait spécialement le nouveau mode opératoire que j'ai adopté à la fin de 1886, à l'exemple d'Hopmann de Cologne :

Enlèvement des tumeurs adénoïdes en un temps, au chloroforme, avec le lien de caoutchouc relevant le voile du palais. Au bout de 6 mois d'essais, je m'empressai de le proposer à mes confrères français dont beaucoup l'ont adopté, et, j'ajoutais que *par ce procédé* il n'y avait aucune hémorrhagie secondaire à redouter.

Mais, par une ellipse trop fréquente chez ceux qui écrivent peu, je négligeai de dire que par l'opération en plusieurs séances avec la pince Lævenberg, modifiée par Woakes, pince que j'ai fait construire en 1881 et qu'on a ensuite généralement adoptée en France, j'avais observé souvent des hémorrhagies immédiates ou secondaires.

C'est une des raisons pour lesquelles j'ai remplacé ce procédé par l'opération en un temps au chloroforme.

Quand on donne un coup de pince dans le pharynx nasal, de temps en temps, jusqu'au dernier qui nettoie complètement la voûte pharyngée, on court le risque d'une hémorrhagie puisqu'on ouvre le paquet adénoïde, paquet si vasculaire qu'on le fait saigner par la simple exploration digitale.

L'opération au chloroforme se passe d'une façon analogue: tant qu'on donne des coups de pince, c'est-à-dire, tant qu'il y a des masses adénoïdes, l'écoulement est abondant; il s'arrête, dès que tout est enlevé. Il en est de même pour les fongosités utérines bien que les deux tissus n'aient pas la même structure. Ce qui donne confiance à l'opérateur c'est qu'il ne croit pas faire une section dans une tumeur plus ou moins vasculaire. Il s' imagine généralement que la tumeur est multiple, c'est-à-dire que son coup de pince enlèvera une végétation et respectera les autres; cela n'est même pas vrai quand on opère dans le miroir. Si on enlève la tumeur adénoïde en bloc avec le crochet de Gottstein, on voit bien les saillies... caractéristiques, entre lesquelles pénétre le doigt explorateur, mais ces saillies se prolongent sur une base commune qui constitue la 3^e amygdale hypertrophiée.

En étudiant les 10 observations qu'il a réunies, le Dr Cartaz croit remarquer que l'hémorrhagie est plus fréquente sans anesthésie. Cela est parfaitement vrai, car, dans le second cas, on enlève toute la tumeur à la fois et dans le premier cas on n'enlève que des fragments; mais pour lui la cause serait que, sans anesthésie, on risque de pincer le voile du palais et de le déchirer. C'est un accident possible mais qui est loin d'expliquer tous les cas d'hémorrhagies secondaires. Pour éviter sûrement cet accident, opérer en une fois est le meilleur moyen. Aussi, quand je n'emploie pas le chloroforme, j'ai substitué à la pince, l'anneau tranchant de Gottstein, qui me permet encore d'opérer en un temps et, depuis près d'un an, je l'emploie aussi pendant l'anesthésie en remplaçant le chloroforme par le bromure d'éthyle, d'après le procédé de Moritz Schmidt. Outre l'absence d'hémorrhagie secondaire, l'écoulement sanguin, pendant l'opération, est très faible et les suites opératoires nulles.

En vous demandant d'insérer cette lettre dans votre journal, je vous prie, mon cher confrère, d'agréer mes salutations empressées.

R. CALMETTES.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR RENÉ CALMETTES

La mort du D^r René Calmettes, brusquement enlevé par des accidents cérébraux, à l'âge de 39 ans, dans la pleine maturité de son intelligence et de son talent, constitue une irréparable perte pour l'otologie et la rhinologie, sciences auxquelles il s'était adonné de bonne heure avec l'enthousiasme et l'ardeur si caractéristique de sa nature et qu'il avait puissamment contribué à acclimater et à faire progresser dans notre pays.

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal avaient été une de ses études de prédilection et je puis dire qu'il avait été le premier en France à en pratiquer l'opération.

Quelque temps avant sa mort, il nous adressait précisément sur ce sujet la lettre dont nos lecteurs ont pu prendre connaissance plus haut.

Ami et élève du D^r Calmettes, j'ai tenu à rendre ici un respectueux hommage au caractère affable et sympathique de l'homme et au talent du médecin.

En rappelant que je dois à son enseignement une grande partie de mes connaissances spéciales je ne fais qu'acquitter envers notre regretté collègue une dette de reconnaissance.

LUC.

Le gérant : G. STEINHEIL.